

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1955

THÈSE

N° 90

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques, Bernard GOGNIES

Né le 8 Juillet 1925, à Saint-Quentin (Aisne)

Présentée et soutenue publiquement le 8 février 1955

La biopsie-exérèse à l'anse diathermique
dans
les lésions épithéliales du museau de tanche

Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Broca

Président : M. FUNCK-BRENTANO, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1955

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : GOGNIES

Prénoms : JACQUES, BERNARD

Date de soutenance : 8 février 1955

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

G O G N I E S (J A C Q U E S,
B E R N A R D) — La biopsie-
exérèse à l'anse diathermique
dans les lésions épithéliales du
museau de tanche. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1955, in-8°,
92 p., 12 fig.

*(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1955, N°).*

G O G N I E S (J A C Q U E S,
B E R N A R D) — La biopsie-
exérèse à l'anse diathermique
dans les lésions épithéliales du
museau de tanche. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1955, in-8°,
92 p., 12 fig.

*(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1955, N°).*

G O G N I E S (J A C Q U E S,
B E R N A R D) — La biopsie-
exérèse à l'anse diathermique
dans les lésions épithéliales du
museau de tanche. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1955, in-8°,
92 p., 12 fig.

*(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1955, N°).*

G O G N I E S (J A C Q U E S,
B E R N A R D) — La biopsie-
exérèse à l'anse diathermique
dans les lésions épithéliales du
museau de tanche. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1955, in-8°,
92 p., 12 fig.

*(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1955, N°).*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1955

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques, Bernard GOGNIES

Né le 8 Juillet 1925, à Saint-Quentin (Aisne)

Présentée et soutenue publiquement le 8 février 1955

La biopsie-exérèse à l'anse diathermique
dans
les lésions épithéliales du museau de tanche

Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Broca

Président : M. FUNCK-BRENTANO, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1955

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Bénard (H.), Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillain, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaître, Lemierre, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Ombrédanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSEESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	N...
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	N...
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE (M.-F.)
	BROCQ (P.)
Cliniques chirurgicales	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
	N...
	QUÉNU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (Et.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
	N...
Cliniques médicales	N...
	MOREAU (R.)
	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
	LANTUÉJOUL (P.)
Cliniques obstétricales	N...
	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathol. des problèmes alimentaires	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FÉY (B.)

Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	MÉNÉGAUX (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	BARIÉTY (M.)
Pathologie et thérapeutiques générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAÎTRES DE CONFÉRENCES-AGREGÉS ET AGREGÉS

MM.		MM.	
Anatomie	{ DELMAS (A.) <i>pr. s. ch.</i> DEBEYRE (J.) OLIVIER N...	Obstétrique	{ MORIN (P.) RAVINA (J.) N... N...
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARD (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.)	Ophtalmologie	{ DESVIGNES (P.) N...
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) N...	Orthopédie	{ JUDET (R.)
Biochimie médicale	{ ETTORI (J.) <i>pr. s. ch.</i> N... N...	Oto-rhino- laryngologie	{ ALIBRY (M.) MADIERO (M.)
Biologie médicale	{ BOURLIÈRE (F.)	Parasitologie	{ CHABAUD (A.) N... ABOULKER (P.) BAUMANN (J.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) VERNE (J. M.) N... N... N... N... N... N...
Dermato- Syphiligraphie	DUPERRAT (F.)	Pathologie chirurgicale	{ N... N... N... N... N... N... N... N...
Embryologie	TUCHMANN	Pathologie expérimentale	{ N... N... BERNARD (J.) BOUDIN (G.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DOMART (A.)
Histologie	{ BULLIARD (H.) <i>pr. s. ch.</i> N... N...	Pathologie médicale	{ N... N... N... N... N... N... N... N...
Hydrologie	N...		
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEPARIS (M.) <i>pr. s. ch.</i>		
Maladies infectieuses	N...		
Médecine légale et du travail	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> GAULTIER (M.) HADENGUE (A.) N...		
Neurochirurgie	DAVID (M.)		
Neurologie	N...		
Obstétrique	{ GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MERGER (R.)		

	MM.		MM.
Pathologie médicale . . .	LAMOTTE (M.)	Physiologie . . .	{ BARJETON (D.) <i>pr. s. ch.</i>
	LAROCHE (Cl.)		{ PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	MILLIEZ (P.)		{ DEJOURS (P.)
	PÉQUIGNOT (H.)	Physique médicale . . .	{ DJOURNO (A.) <i>pr. s. ch.</i>
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)	Pneumo- Phtisiologie . .	{ GOUGEROT (L.) <i>pr. s. ch.</i>
	THIEFFRY (St.)		
	TURIAF (J.)	Psychiatrie . .	N...
	N...		
	N...	Psychiatrie infantile . . .	{ MICHAUX (Z.)
Pédiatrie . . .	N...		
	N...	Rhumatologie . .	N...
	N...		
Pharmacologie .	JOSEPH (R.)	Stomatologie . .	{ CHAPUT (Mme A.)
	N...		
	N...	Thérapeutique .	N...
	CHEYMOL (J.) <i>pr. s. ch.</i>		
	LÉVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i>	Urologie	KUSS (R.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . .	AMELINE (A.)	Clinique médicale . . .	{ HAGUENAU (M.) <i>pr. s. ch.</i>
	HUGUIER (J.)		{ HAMBÜRGER (J.)
	LÉGER (L.)		{ KOURILSKY (R.)
	PADOVANI (P.)		{ MARCHAL (G.)
	PATEL (J.)	Clinique obstétricale . .	{ SOULIÉ (E.)
	ROUX (M.)		{ ESCALLE (G.)
	RUDLER (J. C.)		{ MAYER (M.)
	SICARD (A.)		{ VARANGOT (J.)
Clinique médicale . . .	BROUET (G.)	Clinique ophtalmologique	{ OFFRET (G.)
	N...		
	DECOURT (J.)	Clinique urologique . . .	{ RENARD (G.)
	DREYFUS (Gilbert)		
	FAUVERT (R.)		COUVELAIRE (R.)

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
 Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction M. le Docteur HAHN (A.)
 Conservateur Mlle GOICHON
 Bibliothécaires { Milles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.)
 LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

Qui nous a encouragé dans nos études.

A MES PARENTS

*En témoignage de mon affection et de
ma reconnaissance.*

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FUNCK-BRENTANO

Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur de
présider cette thèse.*

*En témoignage de notre respectueuse
gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAOUL PALMER

Chef des Travaux de Gynécologie
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui a bien voulu nous confier le sujet
de cette thèse et nous guider dans notre
travail.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre
plus profonde reconnaissance pour tous
les conseils éclairés qu'il nous a prodigés.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. MORICARD

Directeur du Laboratoire d'Hormnologie
à l'Ecole des Hautes Etudes

*Qui nous a fait le grand bonheur de
s'intéresser personnellement à nos tra-
vaux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. DE BRUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. DALSACE

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. ROBERT

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARTIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARTIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAPLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR DAVID
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Denis .

*En reconnaissance de ses précieux
enseignements cliniques.*

Introduction

Chaque année, en France, plus de 4.000 femmes meurent de cancer du col utérin. Une statistique de l'Organisation Mondiale de la Santé indique que : pour 100 femmes atteintes de cancer du col, plus de la moitié sont au-dessus des ressources chirurgicales et plus d'un tiers à la limite de l'opérabilité.

MEIGS précise encore que dans les cancers opérables, au stade 1, 40 % des femmes sont mortes cinq ans après l'intervention.

TAILHEFER, malgré son association radiumthérapie + hystérectomie très élargie, accuse un quart d'insuccès. Cette forte proportion d'échecs est due au fait que les malades sont vues trop tardivement. Le premier symptôme qui les alarme, et les incite à se faire examiner, tel qu'une petite métrorragie provoquée, n'est que trop souvent la marque d'un cancer au stade 1, quand ce stade n'est pas, déjà, dépassé.

Il faudrait donc dépister et traiter ce cancer avant tout signe clinique, et même, si possible, avant toute invasion histologique, c'est-à-dire au stade zéro. Est-ce possible ?

Oui, car nous savons maintenant qu'un cancer invasif du col est souvent précédé, pendant des mois, des années même, par une lésion épithéliale, non encore invasive, ignorée de la malade, strictement limitée à l'épithélium et que l'analyse histologique classe comme cancer intra-épithélial, cancer au stade zéro. Il semble bien aussi que ce cancer intra-épithélial survient secondairement dans des lésions dysplasiques non cancéreuses. Quelles sont les influences qui font que certaines de ces lésions, appelées dystrophies par certains, dysplasies par

d'autres, soient le point de départ d'un cancer : nous l'ignorons. Mais, ce que nous n'ignorons plus, c'est la nécessité de les dépister et de les traiter, de les étudier histologiquement pour déterminer si elles sont ou ne sont pas transformées en un cancer intra-épithélial.

Deux moyens simples, rapides, pratiquement indolores, permettent la destruction de ces lésions épithéliales suspectes du col utérin : l'électrocoagulation et la biopsie-exérèse.

L'*électrocoagulation* a déjà fait ses preuves. Toutefois, elle comporte des inconvénients : il est impossible de savoir avec certitude si la profondeur de destruction est suffisante. L'étude histologique d'une lésion électrocoagulée n'est possible que grâce aux biopsies superficielles localisées, prélevées antérieurement à la pince : une biopsie n'ayant de valeur que pour la région sur laquelle elle porte, c'est dire que la plus grande partie de la lésion restera inconnue, et que l'extension en profondeur possible ne pourra pas être précisée. Enfin, l'escarre importante peut donner lieu, lors de sa chute, aux hémorragies et à l'infection.

La *biopsie-exérèse* au bistouri électrique, ou à l'anse électrique, nous semble une solution plus élégante : on pratique l'exérèse à la profondeur voulue ; la lésion est examinée en totalité et l'extension en profondeur bien délimitée ; l'escarre n'existe pratiquement pas. Cette deuxième méthode apparaît donc comme un procédé de choix dans le diagnostic et le traitement des lésions épithéliales suspectes du col utérin, et, c'est son étude que nous allons exposer dans ce travail.

Après avoir défini les lésions épithéliales en dystrophies et cancers, nous envisagerons les indications de la biopsie-exérèse à l'anse diathermique, les moyens et la technique permettant de la réaliser au mieux ; un certain nombre d'observations, étagées de 1950 à 1954, citées puis résumées en tableaux synoptiques, nous permettront enfin de tirer des conclusions sur sa double valeur diagnostique et thérapeutique.

CHAPITRE PREMIER

Les altérations épithéliales du col utérin

Un rappel rapide de l'histologie normale du col utérin est nécessaire avant d'entreprendre celle du col pathologique.

Normalement, on peut diviser la structure des épithéliums cervicaux en trois parties : l'épithélium exocervical, l'épithélium endocervical, les glandes endocervicales.

L'ÉPITHÉLIUM EXOCERVICAL

Est du type pavimenteux. Il comprend cinq couches qui sont, de la profondeur à la surface :

— *Le stratum cylindricum* ou couche C1 : dans cette assise de cellules en contact avec la basale, les noyaux sont petits et il existe des mitoses.

— *Le stratum spinosum profundum* constitue la couche C2 : deux ou trois assises de cellules contenant peu ou pas de glycogène.

— *Le stratum spinosum superficiale*. La couche C3 comporte plusieurs assises de cellules dont la charge en glycogène devient abondante. On y distingue fort bien les ponts inter-cellulaires.

— *La zone inter-épithéliale*. Les noyaux sont plus petits, les ponts inter-cellulaires disparaissent. L'épaisseur de la membrane cellulaire associée à la forme en navette des cellules, à la charge en glycogène importante caractérisent la couche C4.

— *La zone de desquamation* : les cellules de cette couche C5 deviennent très allongées, les noyaux pycnotiques, le glycogène diminue ou disparaît, mais il n'y a pas une kératinisation typique au sens où on l'observe au niveau de la peau.

L'ÉPITHÉLIUM ENDOCERVICAL

Ne comprend qu'une seule assise de cellules cylindriques, dépourvues de glycogène. La jonction des épithéliums endo et exocervicaux — lieu de prédilection pour un cancer débutant — revêt des formes multiples, tantôt brusque, tantôt progressive. Il est important de bien connaître ces différents modes de transition pour ne pas les étiqueter, à tort, « dystrophies ».

LES GLANDES ENDOCERVICALES

Sont des glandes en tube recouvertes d'un épithélium mucipare dont le maximum d'activité sécrétoire correspond à la fin du développement folliculaire et à l'ovulation. Normalement, l'orifice de ces glandes arrive au niveau de l'épithélium cylindrique superficiel. Mais il est d'observation fréquente de voir des glandes endocervicales s'ouvrir dans l'épithélium pavimenteux. Cette modification, dite : « ectopie », reconnaît une origine souvent obstétricale, parfois inflammatoire, exceptionnellement congénitale.

*
**

L'histologie du col pathologique est complexe. On reconnaît, depuis déjà un certain temps, deux groupes : les dystrophies et les cancers.

Dystrophie, si l'on considère l'étymologie, signifie « nutrition difficile ». Ce terme est bien vague, il peut englober toutes les lésions, et c'est arbitrairement que nous admettrons que ces lésions ne sont pas cancéreuses, c'est-à-dire « qu'elles ne s'accompagnent pas de prolifération avec anomalies de mitoses, que ces lésions ne donnent pas actuellement des métastases, et qu'elles ne récidivent pas après ablation localisée ».

LES DYSTROPHIES comprennent :

— *L'ulcération métritique* : l'épithélium pavimenteux est disparu et le tissu conjonctif forme le fond de l'ulcération. La charge en glycogène, diminuée sur les bords, redevient très vite normale quand on s'éloigne de l'ulcération.

— *L'ectopie* ou réaction micropapillaire de l'épithélium endocervical. Nous la connaissons déjà et, en général, elle traduit un ectropion d'origine obstétricale de la muqueuse endocervicale. Souvent, existe à son niveau une réaction inflammatoire plus ou moins prononcée.

— *L'hypoplasie* : il s'agit d'une diminution d'épaisseur des couches C3, C4, C5, dans lesquelles la charge en glycogène est diminuée. Un exemple est fourni par l'hypoplasie post-ménopausique. Il suffit alors de quelques milligrammes de benzoate d'œstradiol pour la faire disparaître.

— *L'hyperplasie* avec charge en glycogène abondante ne nous retiendra pas. Par contre, celle avec charge en glycogène diminuée, ou absente, et où la couche C1 devient irrégulière, donne lieu à des erreurs de diagnostic et un anatomo-pathologiste compétent demeure parfois hésitant devant ces lésions. La prolifération peut être sus-jacente à un processus inflammatoire du chorion : les mitoses normale existent dans C1, C2, C3, et quand la stratification des différentes couches est respectée, l'hyperplasie peut être classée bénigne.

— *La leucoplasie* correspond à la formation d'un *stratum granulosum* dans la couche C4 dont les cellules sont riches en grains d'éléidine. La couche C5 est épaissie, ses cellules sont anucléées. Le processus de kératinisation est complet et la charge en glycogène disparue.

— *La métaplasie* consiste en la différenciation d'un épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux ou *vice versa*.

LES DYSPLASIES :

Le terme de dysplasie est souvent usité pour désigner toutes les lésions épithéliales du col non cancéreuses, et l'étude de ces dernières est rendue, depuis quelques années, difficile

par le manque d'entente sur les termes de dystrophie et de dysplasie.

Actuellement, on peut considérer que les lésions dystrophiques cervicales de l'épithélium pavimenteux réunissent toutes les lésions dans lesquelles il y a diminution ou disparition du glycogène.

S'il y a seulement disparition du glycogène, sans anomalies nucléaires, on dit qu'il y a *dysplasie*.

Si, au contraire, dans les couches superficielles il y a apparition d'un *stratum granulosum*, les noyaux restant réguliers, on dit qu'il y a une *leucoplasie*.

Si on a les caractères précédents, mais qu'en plus les noyaux sont de tailles inégales, que leur disposition en couche ne se fait pas de façon régulière, en particulier dans les couches superficielles, on dit qu'il y a *dysplasie avec anomalies nucléaires*. Les mitoses restent localisées dans la couche profonde, sont absentes dans la couche superficielle, et elles sont généralement normales.

On dit que la *dysplasie est suspecte* quand on trouve quelques mitoses dans les couches superficielles, mais, dans ces conditions, l'*index mitotique reste faible*, et, lorsqu'on étudie les mitoses, il faut parcourir une grande surface de coupe pour pouvoir trouver des mitoses irrégulières.

On porte le diagnostic d'*épithélioma in situ* quand il y a des mitoses anormales avec polyploïdie, avec précession chromosomique. En pratique, le diagnostic d'épithélioma intra-épithélial n'est porté que s'il y a une prolifération intense anormale, associée ou non à un certain degré de bourgeonnement. Pour quelques cas d'épithélioma, on a quand même porté le diagnostic, devant le bourgeonnement excessivement intense, bien que la prolifération fût faible.

Au point de vue classification des frottis, les dysplasies avec anomalies nucléaires peuvent donner des frottis positifs.

Ainsi, pour reconnaître la nature exacte d'une dystrophie : hypoplasie, hyperplasie, métaplasie, leucoplasie ou dysplasie, lésions où les anomalies nucléaires sont rares, sinon absentes, il faut essentiellement en faire l'étude topographique. On peut

alors, généralement, décider de sa nature bénigne ou de son évolution évoquant un cancer à son début, par l'intensité de la prolifération : c'est donc dire l'importance que revêt la biopsie pour éclairer le gynécologue sur sa conduite thérapeutique.

En effet, dans le compte rendu des résultats, on ajoute parfois le commentaire bénin, ou « à surveiller », ou « suspect ». Ce commentaire n'est destiné qu'au médecin pour le traitement de la malade et ne revêt qu'un caractère accessoire de classification anatomo-pathologique de la lésion.

En d'autres termes :

Lorsqu'une dystrophie sera dite bénigne, il sera possible de ne pas entreprendre de traitement. Toutefois, un traitement local permettra de normaliser le col, d'avoir un test de Schiller uniformément positif, d'où, une simplification des contrôles.

Pour les lésions dites « à surveiller », il s'agit essentiellement de suivre la malade et de ne pas perdre celle-ci de vue dans l'année qui suit, comme cela se voit trop souvent dans les consultations hospitalières. Il est prudent de pratiquer la biopsie-exérèse de ces lésions « à surveiller ». Dans notre série, et pour une durée de un à trois ans, la transformation présumée d'une lésion dite « à surveiller » n'a pas été suivie de lésion suspecte puis cancéreuse. De toutes façons, la biopsie-exérèse s'impose lorsque l'on n'est pas certain que la malade se soumette aux contrôles nécessaires dans le cas où un traitement actif n'est pas mis en œuvre.

La notion de lésion « suspecte » de transformation néoplasique est dite pour les lésions qui, du point de vue statistique, ne peuvent être classées sûrement en « épithélioma intra-épithélial » ou en « épithélioma invasif ». Mais, pour traiter la malade, il faut peut-être mieux pour elle la considérer comme ayant un épithélioma au début probable, surtout si le diagnostic de suspect est posé par un anatomo-pathologiste qui ne lit pas « large » les biopsies.

En pratique, *le commentaire de suspect pour une lésion est exprimé de façon exceptionnelle*, depuis qu'une commission s'est entendue sur la définition du cancer intra-épithélial.

Cette commission a défini l'épithélioma intra-épithélial (*in situ*, pré-invasif, ou stade zéro) comme une lésion néoplasique maligne du col utérin, sans envahissement du tissu conjonctif.

Comme on ne connaît pas de caractères cytologiques spécifiques de la cellule cancéreuse, on est obligé de rechercher un ensemble d'anomalies morphologiques dont le groupement autorise le diagnostic. Ces anomalies peuvent être cellulaires et architecturales.

Parmi les *anomalies cellulaires* figurent :

— L'*anaplasie* avec irrégularités de taille et de forme des cellules, disparition du glycogène, basophilie du cytoplasme.

— L'*atypie nucléaire*, avec gigantisme du noyau, multiplicité, polylobulation du noyau, anomalies nucléaires en nombre et en volume.

— Les *anomalies mitotiques*, avec mitoses en nombre excessif, anormales, pluripolaires, vice de position des chromosomes, mitoses présentes dans les couches superficielles.

— Les *anomalies architecturales* sont constituées par la discontinuité brusque entre le revêtement normal et pathologique, et par l'anarchie structurale avec disproportion des épaisseurs relatives des différentes couches épithéliales.

Quand tous ces signes existent, le diagnostic d'épithélioma intra-épithélial est probable. Mais, comme le font encore remarquer les membres de la commission qui a donné la définition du cancer intra-épithélial (Alger, 1951), à la demande de R. MORICARD : « Aucun d'eux pris individuellement n'est spécifique, de sorte que le diagnostic ferme devient difficile, sinon impossible, lorsqu'un petit nombre seulement de ces caractères sont constatés : les plus importants étant les anomalies de mitose, l'anaplasie et la discontinuité structurale ».

L'épithélioma invasif est généralement d'un diagnostic plus facile. Il se caractérise par la dispersion anarchique de groupes de cellules épithéliales, enclavées dans le tissu conjonctif. Certaines hyperplasies peuvent, nous l'avons déjà mentionné, prêter à erreur pour un observateur même très averti. Il en est

de même de certaines métaplasies pavimenteuses des glandes endocervicales.

En résumé, les dystrophies sont réunies par un caractère : la diminution ou la disparition du glycogène.

Le cancer intra-épithélial comporte, en plus, les anomalies de mitoses, qui ne sont que très rarement rencontrées dans les lésions non cancéreuses.

CHAPITRE II

Les indications et le contrôle de la biopsie-exérèse par la colposcopie, le test de Schiller, la méthode des frottis

En pratiquant l'examen gynécologique sur une grande échelle, on est frappé, d'une part par le nombre élevé des cols utérins présentant des altérations visibles à l'œil nu, d'autre part par celui non moins élevé des cols paraissant sains et sur lesquels les examens complémentaires révèlent aussi des lésions.

Parmi ces examens figurent : la colposcopie, le test de Schiller et la méthode des frottis.

LA COLPOSCOPIE

Introduite en gynécologie par HINSELMANN, n'est rien d'autre que l'examen « à la loupe », à un grossissement minimum de 10 diamètres, de l'*exocol* fortement éclairé.

LE TEST DE SCHILLER

Est basé sur le fait que la muqueuse exocervicale normale, contenant du glycogène, absorbe et fixe l'iode lorsque la badi-geonne avec une solution de lugol. Elle se colore en brun acajou, alors que les muqueuses pathologiques, dépourvues de gly-

cogène, ne peuvent donner cette coloration. C'est un moyen rapide, indolore et peu onéreux pour différencier une muqueuse normale d'une muqueuse pathologique.

LA MÉTHODE DES FROTTIS

A fait l'objet de tant de travaux au cours de ces dernières années, que nous ne n'y attarderons pas. Rappelons seulement que c'est PAPANICOLAOU qui la découvrit.

PRATIQUE

Le test de Schiller est, en principe, fait systématiquement dans les consultations externes, et les malades présentant une zone iode négative à contours nets sont envoyées pour complément d'examen à la consultation de colposcopie.

Les frottis vaginaux, exo et endocervicaux sont de même, en principe, faits systématiquement chez toute femme présentant la moindre perte sanguine anormale.

Enfin, devraient être dirigées sur la consultation de colposcopie, toutes les femmes devant subir soit une hystérectomie, soit une opération pour prolapsus, afin de décider en pleine connaissance de cause de l'ablation, ou non, du col.

C'est à la consultation de colposcopie que nous faisons toute la série des examens complémentaires dans l'ordre que nous avons appris auprès de Monsieur PALMER.

Nous commençons par la colposcopie :

Après introduction douce d'un spéculum court, si possible, non lubrifié, on regarde une première fois le col. Les frottis vaginaux, exo et endocervicaux sont effectués. On badigeonne alors le col avec une solution d'acide acétique à 3 %, ce qui fait ressortir d'une façon extraordinaire les ectopies et les lésions telles que les leucoplasies, bases, mosaïques.

Enfin, on pratique le test de Schiller et son examen au colposcope permet de préciser la charge en glycogène des couches superficielles et, surtout, en cas de zone iode négative, si les

contours sont nets ou flous : distinction importante, une lésion iode négative à contours flous étant généralement bénigne (atrophie ou inflammation).

LES RESULTATS FOURNIS PAR CES DIFFERENTS EXAMENS

Ils peuvent être classés de la façon suivante : col normal, col présentant des modifications physiologiques, col à épithélium atypique et col des états inflammatoires.

1. UN COL NORMAL EST RARE

De couleur rose pâle, il devient brun acajou, uniforme au test de Schiller.

2. LES MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES DU COL

Elles sont souvent visibles à l'œil nu : autour de l'orifice cervical externe s'étend une zone rouge vif, tranchant nettement sur le reste de la muqueuse rose pâle. Le test de Schiller se montre négatif sur cette zone rouge. Parmi ces zones rouges figurent : l'ectopie, la zone de remaniement récente, l'érosion vraie.

— *L'ectopie*, dont nous avons analysé les caractères et l'origine dans le rappel anatomo-pathologique, n'est que le débordement en dehors de l'orifice cervical externe de l'épithélium endocervical. Le badigeon à l'acide acétique provoque, sur cet aspect micro-papillaire, une rétraction des papilles. Celles-ci se séparent les unes des autres et l'on obtient l'aspect caractéristique de multiples grains de raisin blanchâtres.

L'ectopie n'est souvent qu'une étape transitoire dans la guérison de l'érosion. Tôt ou tard, spontanément ou après traitement, débute une régénération de l'épithélium malpighien, sous forme de lan guettes rose pâle, recouvrant l'ectopie, se dirigeant vers l'orifice externe, faisant peu à peu coalescence. C'est ce qui explique que dans une zone de remaniement en

cours, on puisse trouver des îlots persistants d'ectopie papillaire et des kystes glandulaires connus sous le nom d'œufs de Naboth.

— *L'érosion vraie* n'est différenciée de l'ectopie que grâce au colposcope : dénivellation nette, bords souvent décollés, couleur rouge sombre et mat du chorion en sont les caractères.

Il convient de la bien distinguer car, contrairement à l'ectopie, sa nature n'est pas toujours bénigne. Il faudra d'autant plus s'en méfier si l'on trouve à son voisinage des altérations pathologiques épithéliales.

— Citons, dans ces altérations physiologiques : l'atrophie ménopausique de la muqueuse. Celle-ci prend une teinte chamois au test de Schiller, et il suffit de quelques milligrammes de benzoate d'œstradiol pour lui redonner une apparence normale en quelques jours.

3. LES ALTÉRATIONS ÉPITHÉLIALES PATHOLOGIQUES DE L'EXOCOL comprennent :

Des lésions qui, sauf parfois pour la leucoplasie, sont invisibles à l'œil nu. La colposcopie différencie les leucoplasies, les bases, les mosaïques. Le test de Schiller permet de reconnaître la zone iodo négative à contours nets sans particularité. Il montre aussi que les leucoplasies, bases et mosaïques sont iode négatives, généralement à contours nets.

— *La leucoplasie*, dont nous avons déjà analysé les caractères, correspond à une kératinisation des couches superficielles de la muqueuse. Elle se révèle au colposcope sous forme d'une tache brillantée, nacrée, à contours nets, légèrement en saillie sur la surface de l'exocol. Il importe de classer la leucoplasie comme suspecte lorsqu'elle devient verruqueuse et irrégulière.

— *La base de leucoplasie* : son nom l'indique, est une zone de leucoplasie décapitée de ses cellules kératinisées.

Cet aspect peut être temporaire et la base redevenir une leucoplasie à un examen ultérieur. Elle se présente sous la forme d'une zone blanchâtre, parsemée de gros points rouge vif. Elle est iodo-négative à contours nets.

— *La mosaïque* : se révèle comme une zone blanchâtre avec des lignes de petits points rouges, dessinant une mosaïque. La mosaïque est iode négative à contours nets (une mosaïque iode positive étant une fausse mosaïque). Elle indique une tendance de l'épithélium au bourgeonnement vers le chorion, ce qui suffit à la rendre suspecte.

— *La zone iode négative à contours nets* : sans particularité, n'est dépistable que par le test de Schiller. La colposcopie intervient pour préciser ses contours. A vrai dire, une fois averti, on retrouve souvent aux examens colposcopiques ultérieurs des zones blanchâtres impossibles à étiqueter.

— *Une zone rouge* : au colposcope, représente souvent un problème plus difficile. Il peut, en effet, s'agir d'une inflammation banale, d'une zone de remaniement, fortement congestionnée ou, parfois, d'un épithélioma au début.

En fait, l'évolution, sous l'influence du traitement antibiotique, est très rapide, et souvent sur le deuxième contrôle colposcopique et colpocytologique, quinze jours ou trente jours plus tard, on aura une réponse non équivoque. A notre avis, il vaut mieux retarder la biopsie de deux ou trois semaines que d'avoir une interprétation rendue difficile par l'inflammation associée.

4. Nous serons bref sur LE COL DES ÉTATS INFLAMMATOIRES.

Il réalise les aspects colposcopiques les plus divers, et nous ne ferons que citer la vaginite condylomateuse du col, les ulcérations tuberculeuses, la syphilis (rarissime), les métrites du col.

Nous avons ici la ressource de faire disparaître ces lésions par un traitement antibiotique approprié, et vérifier les aspects colposcopiques et colpocytologiques un mois plus tard.

EN RÉSUMÉ, le test de Schiller révèle les zones de muqueuse épithéliale exocervicale pathologiques. La colposcopie permet de diagnostiquer comme bénignes les ectopies, zones de régé-

nération, atrophies, inflammations. Elle précise les limites (le contour) des lésions pathologiques. Elle en indique de façon nette les limites lorsque l'on pratique une biopsie en cas de leucoplasie, base, mosaïque, zone iode négative à contours nets, zone rouge atypique.

Mais, ni la colposcopie, ni le test de Schiller ne peuvent faire préjuger, en présence de ces dernières lésions, de leur nature non cancéreuse ou cancéreuse : seule la biopsie peut fournir une réponse.

Nous avons fait mention des frottis dans les examens permettant de poser les indications de la biopsie-exérèse.

Nous prélevons un frottis au niveau du cul-de-sac postérieur, un au niveau de l'exocol et un au niveau de l'endocol. Ces prélèvements sont étalés sur des lames et mis immédiatement dans un flacon d'alcool-éther. Nous rappelons que la malade ne doit pas prendre d'injection -vingt-quatre heures avant l'examen.

Les résultats que l'on en peut attendre sont résumés dans la classification de PAPANICOLAOU :

- Classe I : éléments normaux;
- Classe II : cellules atypiques, sûrement non cancéreuses;
- Classe III : cellules anormales sans pouvoir conclure à la présence de cellules cancéreuses;
- Classe IV : cellules rares, mais cancéreuses;
- Classe V : cellules cancéreuses nombreuses.

Dans le diagnostic des lésions épithéliales du col utérin, les frottis peuvent apporter une aide, à condition de ne pas leur attribuer une valeur absolue : l'inflammation, par exemple, peut donner lieu à des anomalies nucléaires, ainsi que les hyperatrophies post-ménopausiques.

On risque donc un diagnostic inexact, en se basant seulement sur les frottis (P. MORICARD).

Les frottis sont, par contre, d'une valeur considérable pour le dépistage du cancer intra-épithélial endocervical, et pour le contrôle après une biopsie-exérèse ayant révélé un épithélioma in situ : la persistance de frottis classe IV et V (l'exocol étant

normal à la colposcopie et au Schiller, et toute origine inflammatoire étant exclue) devant faire soupçonner une récidue, telle qu'un cylindre pavimenteux cancéreux endocervical.

Rappelons encore les faits suivants :

— Qu'une lésion dite « bénigne », ou « à surveiller », ou « suspecte », qu'un cancer intra-épithélial ou invasif, peuvent se présenter sous des aspects identiques : leucoplasie, base, mosaïque, zone iode négative à contours nets, zone rouge atypique.

— Que les frottis peuvent aider au dépistage d'un cancer intra-épithélial et qu'ils permettent le contrôle après biopsie-exérèse.

— Que la biopsie permet, généralement, de juger de la nature exacte d'une lésion, à *condition d'être placée au bon endroit*, ce que permet en général la colposcopie.

CHAPITRE III

Technique de la biopsie-exérèse à l'anse diathermique (B. E. A. D.)

I. — GENERALITES

Le principe du bistouri électrique est simple. Il repose sur le fait qu'un courant de fréquence très élevée est inoffensif pour l'homme. On pourra donc mettre, dans un circuit de haute fréquence, un corps humain sans danger. Si l'on concentre au niveau d'une faible surface une grande quantité d'énergie électrique ou, en d'autres termes, si l'on s'arrange pour qu'il y ait en un point une forte densité électrique, il va se produire une étincelle entre ce point et la partie restante du circuit interrompu.

Si cette étincelle éclate entre une pointe et la peau, elle va produire une section et une coagulation des bords de la brèche ouverte par l'étincelle.

On voit donc que le bistouri ou électrode active ne sera qu'une pointe métallique : plus on augmentera la surface de cette électrode, plus on diminuera l'action de coupe, en augmentant l'action coagulante.

Comme GÉNÉRATEUR, *on peut utiliser soit un appareil à éclateurs, soit un générateur d'ondes entretenues*, basé sur les propriétés des lampes oscillantes. On peut évidemment se servir d'ondes longues de quelques centaines de mètres, soit d'ondes

courtes. En pratique, on utilise presque exclusivement les appareils producteurs d'ondes longues, beaucoup plus maniables.

Il faut placer le corps du malade dans le circuit qui sera fermé par le bistouri. Pour cela, on place une électrode indifférente au contact de sa peau; ce sera une large plaque métallique que l'on appliquera au niveau de son dos, de son siège, de son abdomen, suivant la position qu'il occupe. Il faut surtout prendre soin qu'une grande surface de la peau garde le contact, même si le malade remue, car, si elle diminue, l'électrode devient active, la densité électrique augmente et l'on peut occasionner des brûlures.

L'électrode active se présente sous la forme d'une fine aiguille métallique ou, dans le cas que nous traitons, d'une anse métallique solidement fixée sur un manche isolant. Les conducteurs sont des fils de cuivre, fortement isolés par une gaine de caoutchouc.

Le passage du courant et la marche de l'appareil, qui est réglé avant l'intervention, sont toujours commandés par une pédale, ce qui laisse à l'opérateur ses mains libres.

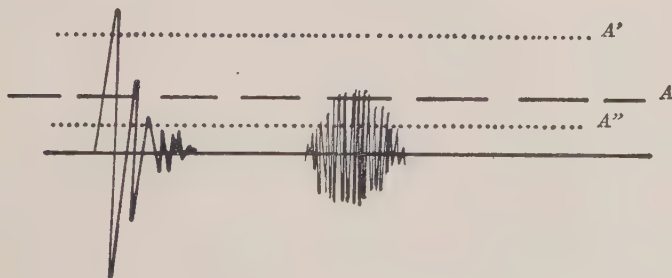
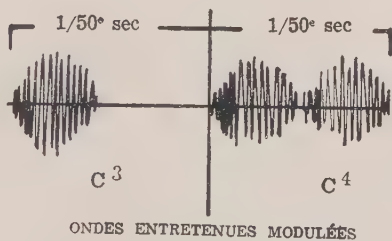
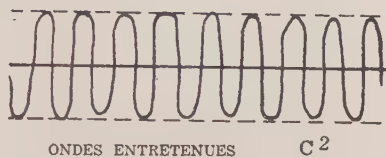
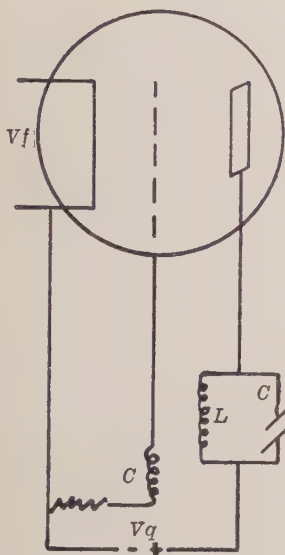
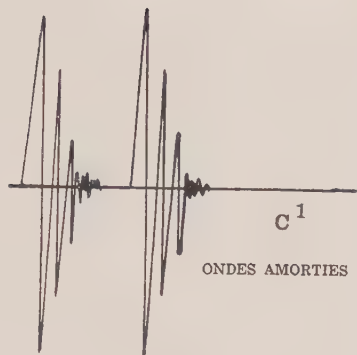
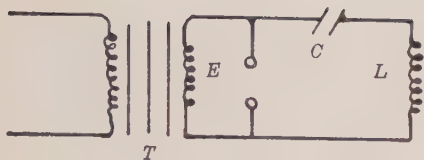
L'énergie qu'il faut développer pour provoquer la coupe est relativement faible; cela résulte de la forme même des ondes et de leur continuité d'action. On utilise généralement des intensités variant entre 100 et 300 mA : une intensité trop faible donne une mauvaise action, une intensité trop forte détermine un échauffement important qui coagule les bords de la section.

II. — PRINCIPE DE L'APPAREIL A ECLATEURS

Le principe de l'appareil à éclateurs est le suivant :

A travers un transformateur, élévateur de tension, on charge un condensateur (C) qui, lorsqu'il atteint un potentiel suffisant, se décharge brusquement dans l'éclateur (E), donnant naissance à un train d'ondes dans le circuit oscillant ($L-C$).

L'énergie engendrant ce courant ayant cessé après la décharge du condensateur dans l'éclateur, l'amplitude du cou-



rant engendré n'est pas constante et décroît suivant une courbe logarithmique, *on obtient finalement un train d'ondes AMORTIES.*

Ensuite, le phénomène se reproduit : le condensateur C se recharge, puis se décharge dans l'éclateur, en donnant naissance à un nouveau train d'ondes amorties. On obtient donc un courant de la forme de la courbe (*courbe n° 1*).

III. — PRINCIPE DE L'APPAREIL A LAMPES

Il existe diverses façon de brancher une lampe oscillatrice pour obtenir des ondes entretenues, mais le principe général reste le suivant :

Si nous plaçons un circuit accordé (LC) dans le circuit plaque d'une lampe et une self (L') couplée avec (L) dans la grille, des oscillations s'amorcent dans le circuit (LC), à condition que le couplage des deux selfs soit convenable.

Les oscillations sont entretenues par la lampe et elles ont une amplitude constante : ce sont des *ondes ENTRETENUES* de la forme de la courbe (*courbe n° 2*).

En réalité, dans les appareils utilisés en électrochirurgie, ces oscillations sont, dans la plupart des cas, MODULÉES à 50 ou 100 périodes, car la ou les lampes ne sont pas alimentées en courant continu, mais directement à partir du secteur alternatif et on obtient un courant de la forme de la courbe (*courbe n° 3*) dans le cas d'une seule lampe, où les oscillations ont lieu dans la demi-alternance positive, puis cessent, dans la demi-alternance négative.

Lorsqu'on emploie un montage à deux lampes, alimentées chacune sur une alternance, on obtient un courant de la forme de la courbe (*courbe n° 4*).

Les oscillations sont continues, mais modulées à 50 périodes. Dans ce dernier cas, on obtient des ONDES ENTRETENUES MODULÉES et, en chirurgie, ceci est intéressant, car cela permet d'ajouter des effets légèrement coagulants au très bon effet de coupe des ondes entretenues.

IV. — LE MODE D'ACTION DE LA BIOPSIE-EXERESE A L'ANSE DIATHERMIQUE

Il n'a été clairement mis en évidence que par l'examen des coupes microscopiques qui ont permis de voir les effets eux-mêmes sur les cellules.

Le pouvoir de coupe est dû à l'effet d' « ÉCLATEMENT » produit sur les cellules par les courants de haute fréquence au point d'application.

L'allure même de ces ondes, leur continuité, la constance de leur production, permettent d'expliquer que leurs effets soient limités au sillon linéaire de la section sans entraîner une diffusion à distance, sans qu'une zone importante soit détruite par effet thermique, et *c'est ici qu'intervient la différence* provenant de l'emploi d'ondes entretenues, modulées ou non, et celui d'ondes amorties.

En effet, l'action COUPE est obtenue par une certaine amplitude (A). Au-dessus de cette amplitude, il y a modification importante des tissus. Au-dessous, l'amplitude de (A'') est trop faible pour obtenir l'effet coupe et elle détruit les cellules par effet thermique : par coagulation (courbe n° 5).

On voit que, lorsqu'on utilise un appareil à éclateurs donnant des ondes amorties, la première des oscillations (A'), dont l'amplitude est trop forte, modifie les tissus. Les dernières, trop faibles, ne permettent pas d'obtenir l'effet de coupe et détruisent les cellules par effet thermique. Seule l'oscillation d'amplitude (A) est efficace. Enfin, les trains d'ondes étant très espacés, *la coupe est discontinue.*

Dans l'appareil à lampes, l'effet de coupe est obtenu à chaque alternance, soit plusieurs millions de fois par seconde. On conçoit donc que la coupe soit régulière, constante, et qu'il suffise d'une puissance juste suffisante pour la réaliser, que l'effet coagulation sera pratiquement nul quand il s'agit d'ondes non modulées, et qu'il sera juste suffisant pour obtenir une hémostase, sans entraîner de modifications histologiques éloignées dans le cas d'ondes modulées.

— EN CONCLUSION, lorsqu'on pratique des B.E.A.D., si on utilise un appareil à lampes, la zone détruite est faible et se limite aux tissus, en contact avec l'anse, par suite du haut pouvoir de coupe des courants à ondes entretenues.

Si, par contre, la biopsie-exérèse est réalisée par l'appareil à éclateurs, la zone détruite s'étend très au delà des tissus en contact avec l'anse : les ondes amorties modifient, par leur nature même, une grande quantité de tissus par élévation thermique et par coagulation.

En particulier, l'emploi de l'anse à lampes présente un intérêt considérable pour le prélèvement des biopsies, dont les tissus non modifiés permettent un examen histologique beaucoup plus facile et beaucoup plus certain que celui obtenu sur les fragments souvent fortement coagulés prélevés au moyen de l'anse à éclateurs.

V. — L'ANSE DIATHERMIQUE

C'est l'organe de coupe. Elle est très simplement composée d'un fil métallique, en forme d'anse, solidement monté sur un manche en matière isolante. L'anse de Boulitte est formée d'un fil très fin. L'anse de Durel est composée d'un fil plus gros.

Nous rappellerons seulement que pour une intensité donnée, l'action de coupe est proportionnelle à la densité de courant par unité de surface. C'est donc dire que plus le diamètre du fil composant l'anse sera grand, plus la densité électrique pour une intensité donnée sera faible et que moins sera bonne l'action « coupe » et plus sera élevée l'action « coagulation ». C'est donc dire encore, qu'une anse type Boulitte paraît supérieure à une anse type Durel.

Le maniement de l'anse exige un geste précis, rapide pour enlever les copeaux sans hésitation et sans bavure. Nous faisons des copeaux radians, l'anse dépassant de 3 millimètres la lésion au delà de sa limite externe, pénétrant à environ un demi-centimètre de profondeur et ressortant à la même distance dans le canal cervical, en dedans de l'orifice externe. Les

lésions péri-orificielles totales peuvent être traitées en deux temps : d'abord une lèvre puis l'autre, après cicatrisation de la première, de façon à ne pas risquer une sténose par agglutination.

La B.E.A.D. est à peu près indolore et se fait sans anesthésie. Ses résultats sont contrôlés par les examens que nous avons déjà décrits pour ses indications : la colposcopie, le test de Schiller et la méthode des frottis.

— EN RÉSUMÉ : *l'appareil idéal pour réaliser la biopsie-exérèse est un appareil à lampes* donnant des ondes entretenues dont le taux de modulation a été judicieusement établi.

— *Plus le fil composant l'anse sera fin, meilleure sera la coupe*, et plus facile sera la lecture de la biopsie pour une intensité donnée.

— *Au cas où quelques points saigneraient, il suffit de changer l'anse contre une boule et de coaguler ces points* : pour la même intensité, la densité électrique sera beaucoup plus faible dans la boule, et nous aurons une action de coagulation marquée sans aucune action de coupe.

Nota : la Convention d'Atlantic City prônait la suppression des appareils à éclateurs, à cause des perturbations qu'ils provoquent dans les émissions de radio et de télévision. Seuls seront autorisés les appareils à ondes courtes (bandes de 22 m, 11 m et 6 m).

Toutefois, les appareils à ondes longues (bandes de 200, 300 ou 400 m) seront encore autorisés en chirurgie et seraient tolérés pour l'usage médical.

La Convention d'Atlantic City ne sera pas appliquée en France avant plusieurs années.

CHAPITRE IV

Observations

Les observations que nous apportons pour illustrer ce travail sont étagées sur quatre ans et relatent des cas traités par appareil à éclateurs (GUÉRIN, fabricant) et anse de Durel. Si cet appareillage n'intervient pas pour juger des résultats thérapeutiques, il nous place, comme nous venons de le voir, dans les conditions les plus défavorables pour l'interprétation des résultats diagnostiques ou, en d'autres termes, pour la lecture des biopsies.

Les cas traités par appareil à lampes (GUÉRIN, fabricant) et anse de Durel au cours de 1954, dont nous ne rapportons pas les observations trop récentes (qui ne permettent pas de juger des résultats thérapeutiques), ne seront étudiées que du point de vue histologique.

Nous pourrions donc comparer les appareils à éclateurs et les appareils à lampes au point de vue des biopsies obtenues.

Nous avons groupé les observations en trois catégories : « bénignes » et « à surveiller », « suspectes » et « cancer ».

Principales abréviations que le lecteur peut rencontrer dans ce travail :

1° *Pour la colposcopie :*

L.A.	=	Lèvre antérieure
L.P.	=	Lèvre postérieure
C.D.	=	Commissure droite
C.G.	=	Commissure gauche
Z.I.N.C.N.	=	Zone iode négative à contours nets
Z.I.N.C.F.	=	Zone iode négative à contours flous
Z.I.F. ou Z.I.P.	=	Zone iode faible, ou iode pâle

2° *Pour les frottis :*

F.V.	=	Frottis vaginal
F.C.	=	Frottis de l'exocol
F.E.	=	Frottis de l'endocol
Cl.	=	Classe

3° *Pour les biopsies :*

Les biopsies superficielles faites à la pince sont indiquées par :

B.S. (ou B.L. = biopsie localisée).

B.S.E., en cas d'exérèse de la lésion.

Les biopsies-exérèses à l'anse diathermique par :

B.E.A.D.

SYMBOLES UTILISÉS DANS LES SCHÉMAS COLPOSCOPIQUES

ECTOPIE



BASE



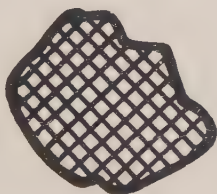
LEUCOPLASIE



Z.I.N.C.N.



MOSAIQUE



Z.I.N.C.F.



BIOPSIE LOCALISÉE



B.E.A.D



OBSERVATION N° 1. — Barr... Marie, quarante-quatre ans : *Col ulcéré saignant au contact.*

Le 8 février 1951 :

- *Colpo* : Z. de transformation I.N.C.N.
- *Frottis* (n° 512) : Classe IV.
- *B.S. Douay* (n° 17.263) :
« Lésion à surveiller. Pas de néoplasie nette. »

Le 16 février 1951 :

- *B.E.A.D.* (n° 17.288) :
« Hypoplasie de l'épithélium cervical, sans métaplasie. »

Le 4 mai 1951 :

- *Colpo* : Z. framboisée I.N. sur la L.P. Col I. clair C.F.
- *Frottis* (n° 898) : Classe III.

Le 20 juillet 1951 :

- *Colpo* : large Z.I.N.C.N.
- *B.S.* (n° 17.792) :
« Epithélium atrophique à basale très irrégulière, mais ne prenant pas le lugol. Pas de signe de métaplasie. »

Le 14 novembre 1951 :

- *Colpo* : large Z.I.N.C.N. intéressant le col et une partie du vagin.
- *B.S.* (n° 18.073) :
« Dystrophie épithéliale à surveiller. Aspect inchangé. »

Le 10 mai 1952 :

- *Colpo* : petite Z. d'ectopie dans l'orifice.
Schiller : large Z.I.P. et irrégulier, à C.N. sur l'ensemble du col.
- *Frottis* (n° 3.054) : Classe II.

Le 13 décembre 1952 :

- Vaginite à trichomonas.

Le 13 janvier 1953 :

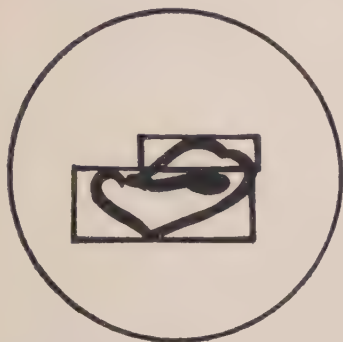
- *Frottis* (n° 4.794) : Classe I.

Le 21 juillet 1953 :

- *B.S. à 3 h* (n° 19.600) :
« Leucoplasie d'aspect tout à fait bénin, à surveiller. »

Le 7 avril 1954 :

- *Colpo* : large Z.I.F.C.N.



OBS. N° 1 : Barr... 16-2-51

(n° 17.288)



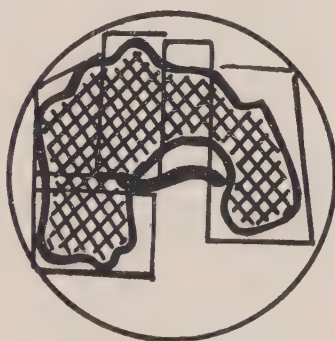
OBS. N° 2 : Gigo... 5-5-51

(n° 17.565)



OBS N° 3 Coll... 25-10-50

(n° 16.941)



OBS. N° 4 : Cont... 26-1-52

(n° 18.360)

OBSERVATION N° 2. — Cigo..., trente ans : *Envoyée pour Schiller anormal.*

Le 5 mai 1951 :

- *Colpo* : érosion du col avec points saignants.
- *Frottis* : Classe II.
- *B.E.A.D.* (n° 17.505) :
« Métaplasie en un point. *Dysplasie bénigne.* »

Le 21 mars 1954 :

- *Colpo* : ectopie et Z. de remaniement.

OBSERVATION N° 3. — Coll..., vingt-sept ans : *Consulte pour stérilité.*

Le 25 octobre 1950 :

- *Colpo* : L.A. : Z.I.C.N. sans particularité; L.P. : 3 petites taches.
- *B.E.* (appareil à éclateurs, réglé à 50) de cette lésion à surveiller (n° 16.941) montre un glycogène irrégulier.

Le 5 juin 1951 :

Reprise du traitement de stérilité.

Le 30 mars 1954 :

- *Colpo* : petite mosaïque à 6 h.
- *Frottis* (n° 7.024) : Classe II.
- *B.E.* (avec appareil à lampes, intensité 45) (n° 20.601). Biopsie très bien lisible :
« Hyperplasie avec bourgeonnements, en quelques points très limités, disparition brusque du glycogène. »

OBSERVATION N° 4. — Cont..., vingt-huit ans : *Envoyée pour Schiller anormal.*

Le 26 janvier 1952 :

- *Colpo* : mosaïque péri-orificielle.
- *Frottis* : non faits.
- *B.S.* ont montré :
« *Etat dysplasique bénin* (leucoplasie). »
- *B.E.A.D.* (n° 18.360) :
« *Leucoplasie.* »

Le 23 février 1952 :

— *Colpo* : Z.I.N.C.N. entre 2 et 3 h.

— *Frottis* (n° 2.499) : Classes I et II.

— *B.E.* (n° 18.144) :

« Leucoplasie très discrète. »

Le 8 novembre 1952 :

Col normal.

OBSERVATION N° 5. — Coss..., trente-six ans : *Consulte pour stérilité.*

Le 3 février 1951 :

— *Colpo* : large mosaïque à bords nets à la C.D.

— *Frottis* (n° 495) : Classes I et II.

— *B.E.A.D.* (appareil à éclateurs, intensité 45) montre une « lésion irrégulière avec bourgeons pénétrants en profondeur; glycogène très diminué ». A surveiller.

Le 12 décembre 1952 :

— *Colpo* : taches blanchâtres sur la L.A.

Le 24 novembre 1954 :

— *Colpo* : Schiller un peu irrégulier.

— *Frottis* (n° 6.769) : Classes I et II.

— *Ablation d'un polype bénin.*

OBSERVATION N° 6. — Cous..., vingt-quatre ans : *Envoyée pour Schiller anormal.*

Le 6 juillet 1951 :

— *B.S.* (n° 17.742) :

« Dystrophie à surveiller. Pas d'anomalies nucléaires importantes. »

Le 27 juillet 1951 :

— *Colpo* : à 12 h. Zone décolorée jaunâtre : aspect de mosaïque I.N.C.N.

— *Frottis* (n° 1.469) : négatifs.

— *B.E.A.D.* (n° 18.810) montre :

« Dystrophie. Conservation du glycogène. »

Le 20 novembre 1952 :

- *Colpo* : rien à signaler. Schiller normal.
- *Frottis* (n° 6.625) : Classes I et II.

OBSERVATION N° 7. — Dong..., vingt-deux ans : *Consulte pour pertes de sang après les rapports et amaigrissement.*

Le 11 mai 1952 :

- *Colpo* : ectopie très congestive sur L.A. et L.P. Z.I.N.C.N. sur L.A.
- *Frottis* (n° 5.433) : Classe II.
- *B.E.A.D.* (n° 19.487) :
« Ensemble hypoplasique. A surveiller. »

Le 29 mars 1954 :

- *Colpo* : normale.

OBSERVATION N° 8. — Doud..., vingt-quatre ans : *Consulte pour exocervicite saignant au contact.*

Le 10 octobre 1951 :

- *Colpo* : L.A. mosaïque de 11 h à 1 h; L.P. transformation inflammatoire + ectopie.
- *Frottis* (n° 1.671) : Classes I et II.
- *B.S.* (n° 17.949) :
« A 11 h, la lésion ressemble topographiquement à un épithélioma. Mais devant les noyaux et les mitoses normales, on conclut à un état *suspect*. »

Le 2 novembre 1951 :

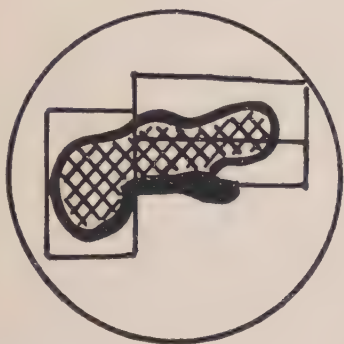
- *Frottis* (n° 18 St.) : Classe II.
- *B.E.A.D.* (n° 5.570) : réalisant un évidement conoïde du col. Seul un petit fragment est lisible.

Le 20 décembre 1952 :

- *Colpo* : normale.
- *Frottis* (n° 4.629) : Classe II.

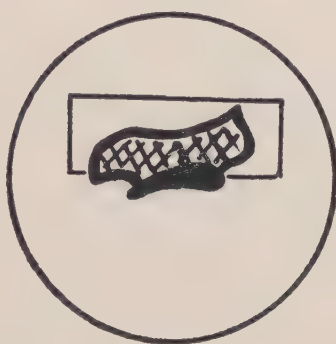
Le 23 janvier 1954 :

- *Colpo* : aspect de colpité au Schiller. Rien de suspect.
- *Frottis* : Classe II.



OBS. N° 5 : Coss., 3-2-51

(n° 16.882)



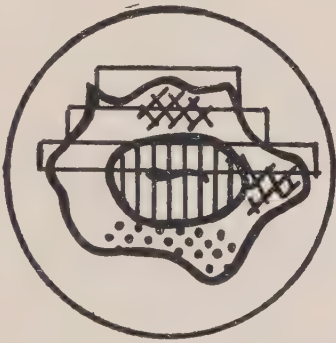
OBS. N° 6 : Coss., 27-7-51

(n° 18.819)



OBS. N° 7 : Dong., 11-5-52

(n° 19.487)



OBS. N° 8 : Doud., 2-11-51

(n° 5.570)

OBSERVATION N° 9. — Fago..., vingt et un ans : *Envoyée pour Schiller anormal.*

Le 30 octobre 1952 :

— *Colpo* : zone de remaniement péri-orificielle, I.N.C.N. sur la L.A.

— *Frottis* (n° 4.171) : Classe II.

Le 5 novembre 1952 :

— *B.S.* (n° 19.338) :

« Hyperplasie pavimenteuse avec kératinisation; métaplasie de quelques glandes endocervicales. »

« *A surveiller.* »

Le 17 décembre 1952 :

— *B.E.A.D.* (n° 19.524) :

« Pas de leucoplasie nette, prélèvement coagulé. »

Le 26 mars 1954 :

— *Colpo* : ectopie de la L.A.

— *Frottis* (n° 7.000) : Classe II.

OBSERVATION N° 10. — Figa..., trente ans : *Consulte pour stérilité.*

Le 16 octobre 1950 :

— *Frottis* : irrégularités cellulaires et nucléaires; cellules à 4 noyaux. *Suspect.*

Le 26 octobre 1950 :

— *Colpo* : Z. de transformation à C.F. avec nombreux orifices glandulaires. Ectopie sur la L.A.

— *B.E.A.D.* :

« *Etat dystrophique à surveiller.* Epithélium cervical irrégulier. Glycogène conservé. »

Le 21 juin 1951 :

— *Colpo* : normale.

— *Frottis* : pas d'éléments suspects.

Reprise du traitement de stérilité.

Le 21 mars 1953 :

Friedmann positive.

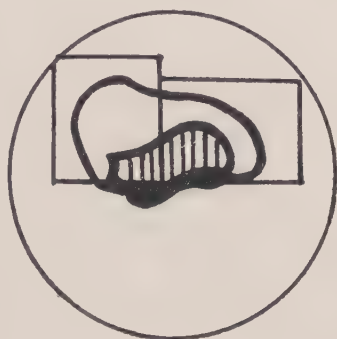
Le 6 octobre 1953 :

— *Colpo* : ectopie péri-orificielle Z.I.N.C.F. à 11 h.

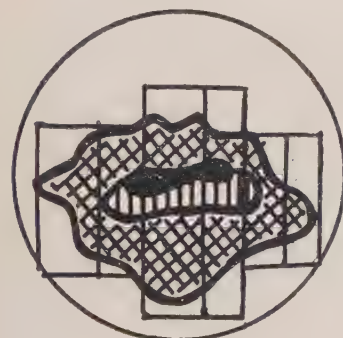
— *Frottis* : Classe II.



OBS. N° 9 : Fago... 17-12-52 (n° 19.338)



OBS. N° 10 : Figa... 26-10-50 (n° 16.766)



OBS. N° 11 : Fouq... 16-12-50 (BED) (n° 17.097)
16-2-51 (BEG)



OBS. N° 12 : Garr... 22-1-54 (n° 20.392)

OBSERVATION N° 11. — Fodu..., trente ans : *Consulte pour stérilité.*

Le 6 octobre 1950 :

- *Colpo* : mosaïque circulaire.
- *Frottis* (n° 257) : illisible.
- *B.S.* (n° 17.095) :
« Basale irrégulière. Disparition du glycogène. *A surveiller.* »

Le 16 décembre 1950 :

- *Colpo* : *idem.*
- *Frottis* (n° 289) : Classes I et II.
- *B.E.A.D.* (appareil à éclateurs, intensité 50) (n° 17.097) :
« *Lésion à surveiller.* »

Le 16 juin 1951 :

- *B.E.A.D.* de la partie non déjà traitée entre 5 h et 6 h.

Le 16 septembre 1951 :

- *B.E.A.D.* d'une zone un peu blanchâtre sur la L.A. :
« Pas d'état dystrophique. »
- *Frottis* (n° 905) : Classe I.

Le 17 novembre 1951 :

- *Colpo* : normale; Schiller normal.
- *Frottis* : Classe I.

OBSERVATION N° 12. — Garr... Lucette : *Envoyée pour Schiller anormal.*

Le 22 janvier 1954 :

- *Colpo* : ectopie péri-orificielle I.N.C.N. avec collerette d'épithélium atypique comportant leucoplasie, base et mosaïque.
- *Frottis* (n° 6.374) : Classe II.
- Une *B.S.* du 11 décembre 1953 indiquait : « *A surveiller très soigneusement, car anomalies nucléaires à 9 h* » (n° 20.305).

Le 22 janvier 1954 :

- *B.E.A.D.* (appareil à lampes, intensité 45) (n° 20.392).

Le 19 mars 1954 :

- *B.E.A.D.* (*complémentaire*) (même appareil) :
« Etat dysplasique avec zone de disparition sensiblement complète du glycogène. »

Le 27 mars 1954 :

- *Colpo* : normale.
- *Frottis* (n° 6.293) : Classe II.

OBSERVATION N° 13. — Gave..., quarante-trois ans : *Consulte pour métroragies depuis deux mois.*

Le 18 octobre 1950 :

- *Colpo* : Z. de transformation I.N.C.F. avec nombreux orifices glandulaires et congestion à 6 h.
- *Frottis* (n° 63) : Classe II.
- *B.S.* (n° 16.897) :
« Fragment trop petit : diagnostic impossible de façon sûre. »

Le 26 octobre 1950 :

- *B.E.A.D.* (n° 16.947) :
« Inflammation des glandes endocervicales. Diminution du glycogène dans l'épithélium pavimenteux. »

Le 22 mai 1951 :

- *Colpo et Schiller* : normaux.

Le 3 décembre 1952 :

- *Colpo* : L.A. un peu déformée par kystes de Naboth. Schiller un peu irrégulier.
- Une première *B.S.*, le 29 septembre 1950 (n° 16.850), avait montré : « Etat dysplasique léger, secondaire à inflammation ».

OBSERVATION N° 14. — Hare..., vingt-quatre ans : *Consulte pour stérilité.*

Le 2 septembre 1952 :

- *Colpo* : mosaïque de 9 h et 11 h. 2 Z.I.N.C.N. à 1 h et 3 h.
- *B.S.* (n° 18.722) :
« *Dysplasie à surveiller.* Basale irrégulière. »

Le 16 décembre 1952 :

- *Frottis* (n° 4.583) : Classe I.

- B.E.A.D. devant l'aspect colposcopique identique :
« Leucoplasie bourgeonnante. »

Le 3 février 1953 :

- *Colpo* : rien à signaler.
- *Frottis* : Classe I.

OBSERVATION N° 15. — Hube..., quarante-huit ans : *Consulte pour col présentant une bosselure violacée* de 3 h à 6 h de la taille d'une cerise.

Le 19 février 1951 :

- *Colpo* : Z.I.F. de transformation.
- *Frottis* (n° 974) : Classe III.
- B.E.A.D. (n° 17.296) :
« Réaction adénomateuse pure. »

Le 12 mai 1951 :

- *Colpo* : épithélium de régénération I.N.C.N. sur L.A. L. P. en bon état.
- *Frottis* (n° 1.847) : Classe V.
- B.E.A.D. (n° 17.540) :
« Résultat discuté d'épithélioma au début. »

Le 13 novembre 1951 :

- *Frottis* (n° 1.901) : Classe III.
- *Conisation du col au bistouri électrique* :
« Pas d'épithélioma. Epithélium pavimenteux normal avec glycogène abondant. Le diagnostic de mars 1951 semble dû aux modifications provoquées par la B.E. »

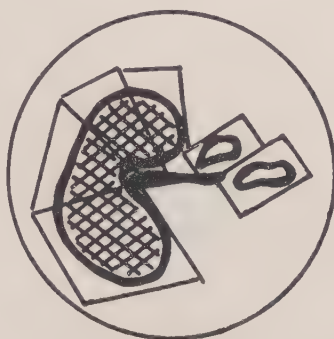
Devant la persistance des frottis Classe V, on pratique un curetage de l'endocol en février 1952, montrant une grosse inflammation, mais pas d'épithélioma. La malade est traitée par auréomycine, ce qui normalise les frottis à la Classe III, puis II.

Le 18 janvier 1954 :

- *Colpo*, de même que le Schiller, sont normaux.
- *Frottis* : Classe II.



OBS. N° 13 : Gave..., 26-10-50 (n° 16.947)



OBS. N° 14 : Hare..., 16-12-52



OBS. N° 15 : Hube..., 12-5-51 (n° 17.540)



OBS. N° 16 : Huss..., 25-4-51 (n° 17.472)

OBSERVATION N° 16. — Huss..., trente et un ans : *Consulte pour col érosif un peu ouvert.*

Le 25 avril 1951 :

- *Colpo* : Z.I.N.C.N. péri-orificielle avec zone framboisée saignant au contact sur la L.A.
- *Frottis* (n° 858) : négatifs.
- *B.E.A.D.* (n° 17.477) :
« Muqueuse inflammatoire. Hypoplasie avec charge glycogénique diminuée. *Lésion bénigne.* »

Le 27 mai 1952 :

- *Colpo* : ectopie micro-papillaire.
Pas de zone suspecte.
- *B.S.* (n° 18.831) :
« Grosse réaction inflammatoire. »

OBSERVATION N° 17. — Lach..., vingt-six ans : *Consulte pour métrorragies spontanées le matin, et apparaissant à l'effort.*

Le 20 octobre 1950 :

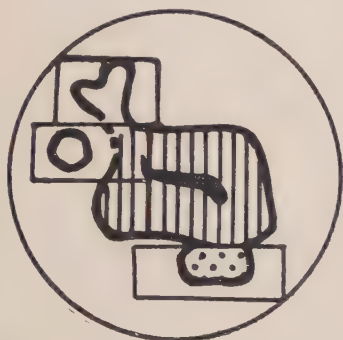
- *Colpo* : ectopie de la L.A.
Z.I.N.C.N. de la C.D.
- *Frottis* (n° 1.756) : négatifs.
- *B.S.* (n° 17.982) :
« Epithélium un peu irrégulier (normal dans l'ensemble) avec charge en glycogène diminuée par endroits. A surveiller. »

Le 7 novembre 1951 :

- *Colpo* : idem + aspect de base à 6 h.
- *Frottis* (n° 1.861) : non suspects.
- *B.E.A.D.* (n° 18.047) :
« Charge en glycogène conservée dans l'ensemble. Impossible à étudier. »

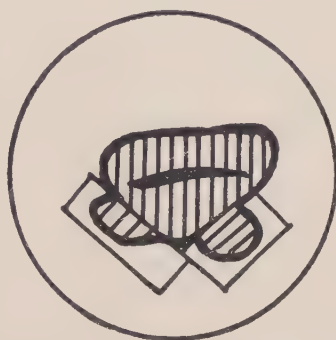
Le 19 avril 1953 :

- *Colpo* : rien à signaler.
- *Frottis* : pas de cellules suspectes.



OBS. N° 17 : Lach..., 7-11-51

(n° 18.047)



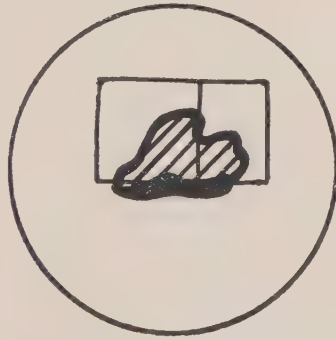
OBS. N° 18 : Lefl..., 5-5-51

(n° 17.503)



OBS. N° 19 : Marc..., 26-10-50

(n° 16.948)



OBS. N° 20 : Minn..., 8-5-51

(n° 17.506)

OBSERVATION N° 18. — Lefi..., vingt-neufans : *Envoyée pour Schiller anormal.*

Le 21 avril 1951 :

- *Colpo* : aspect leucoplasique perlé à limites nettes 5 h et 7 h.
- *Frottis* (n° 831) : négatifs.
- *B.S.* (n° 17.466) :
« Epithélium pavimenteux dont la charge en glycogène est diminuée. Ponts inter-cellulaires nets dans C3 et C2. En C4, la couche à kératohyaline est mal différenciée. »

Le 5 juin 1951 :

- *B.E.A.D.* (n° 17.503) devant l'aspect colposcopique inchangé :
« A 5 h : basale irrégulière, sans transformation nette.
« A 7 h : pas de métaplasie. Glycogène très diminué. *A surveiller.* »
- *Frottis* (n° 907) : à refaire.

Le 26 juin 1952 :

- *Frottis* (n° 3.484) : Classe II.

Le 8 décembre 1952 :

- *Colpo* : normale, sauf minuscule Z.I.N.C.N. de la L.A.
- *Frottis* : Classe I.

OBSERVATION N° 19. — Marc..., quarante-neuf ans : *Consulte pour métrorragies depuis deux ans.*

Le 26 octobre 1950 :

- *Colpo* : L.P. = Z.I.N.C.N. de la C.G. avec en dessous Z.I.F.C.F.
- *Frottis* (n° 102) : Classes IV et V.
- *B.E.A.D.* (n° 16.948) (appareil à éclateurs, intensité 45) :
« Légère réaction inflammatoire, charge en glycogène relativement normale. »

Le 9 décembre 1952 :

- *Colpo* : petite Z.I.N.C.N. sur lésion de la L.A.
- *Frottis* : Classe II.

Le 19 janvier 1954 :

— *Colpo* : lugol pré-ménopausique.

— *Frottis* : Classe II.

Le 21 février 1954 :

— *Colpo* : *idem*.

— *Frottis* : présence de polynucléaires.

OBSERVATION N° 20. — Minn..., vingt-huit ans : *Envoyée pour Schiller anormal.*

Le 30 avril 1941 :

— *Frottis* (n° 851) : Classe II.

Le 8 mai 1951 :

— *Colpo* : Z.I.N.C.N. de la L.A.

— *B.E.A.D.* (n° 17.506) :

« Etat dystrophique avec zone d'amputation nette du glycogène. Dans les Z.I.N. : basophilie intense cytoplasmique et irrégularités nucléaires. *A surveiller.* »

Le 12 janvier 1952 :

— *Colpo* : normale.

— *Frottis* : type grossesse.

Grossesse de sept mois.

Le 20 janvier 1954 :

— *Colpo* : ectopie + Z.I.F.C.F. de remaniement.

— *Frottis* : Classes I et II.

OBSERVATION N° 21. — Mour..., vingt-neuf ans : *Envoyée pour Schiller anormal.*

Le 30 octobre 1951 :

— *Colpo* : à 6 h et 11 h. Base.

A 1 h et 6 h Z.I.N.C.N.

Ectopie péri-orificielle.

— *B.S.* (n° 18.017) réalisant un pelage du col :

« Hypoplasie avec basophilie. Disparition du glycogène sans leucoplasie nette. *A surveiller.* »

Le 28 novembre 1952 :

- *Colpo* : Z.I.F.C.N. de 11 h à 1 h + Z.I.N. à 11 h.
- *Frottis* (n° 4.369) : Classe II.

Le 8 décembre 1952 :

- *B.E.A.D.* (n° 19.480) :
« Dysplasie à surveiller. »
- *Frottis* (n° 4.472) : négatifs.

Le 7 juillet 1953 :

- *Colpo* : normale.
- *Frottis* (n° 5.704) : non suspects.

Le 23 novembre 1954 :

- *Colpo et frottis* : rien à signaler.

OBSERVATION N° 22. — Muni..., vingt-neuf ans : *Consulte pour stérilité.*

Le 9 novembre 1950 :

- *Colpo* : Z.I.N.C.N. sur la L.A. et la L.P.
Petite ectopie sur la L.P.
- *Frottis* (n° 156) : prédominance de cellules intermédiaires. Cellules œstrogéniques peu ou pas plicaturées.
- *B.S.* (n° 16.987) :
« La biopsie est presque complètement constituée par de l'épithélium cervical relativement normal. Dans certains fragments, disparition subite et généralement complète du glycogène. *Lésion à surveiller.* »

Le 7 décembre 1950 :

- *Colpo* : *idem* + petites plages de mosaïque.
- *B.E.A.D.* (n° 17.098) :
« Disparition subite et totale du glycogène avec basophilie sans métaplasie nette. *Lésion à surveiller.* »

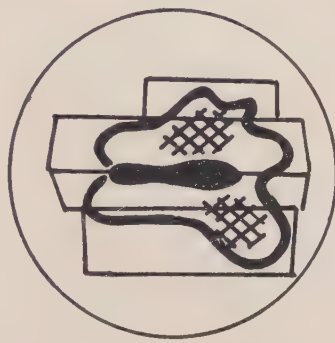
Le 19 décembre 1952 :

- *Colpo* : 2 petites taches blanches sur la L.A.
Petite Z.I.N.C.N. sur la L.P.
- *Frottis* : non signalés.
- *B.S.* à 12 h et 15 h (n° 19.527) :
« Dysplasie. Disparition du glycogène. »



OBS. N° 21 : Mour... 8-12-52

(n° 19.489)



OBS. N° 22 : Muni.. 7-12-50

(n° 17.098)



OBS. N° 23 : Pell... 1-6-51

(n° 17.625)



OBS. N° 24 : Rous... 5-12-52

(n° 19.468)

OBSERVATION N° 23. — Pell..., quarante-quatre ans : *Envoyée pour Schiller anormal.*

Le 1^{er} juin 1951 :

- *Colpo* : leucoplasie à 1 h et 5 h. Z.I.N.C.N. en ailes de papillon à la C.G.
- *Frottis* (n° 1.112) : négatifs.
- *B.E.A.D.* (n° 17.625) :
« Zone très basophile à noyaux irréguliers. Pas de métaplasie nette. Disparition complète et brusque du glycogène en un point net. *Lésion à surveiller.* »

Le 20 juillet 1951 :

- Col parfaitement cicatrisé.

Le 26 avril 1952 :

- *Colpo* : rien à signaler.
- *Frottis* (n° 2.920) : Classe I.

OBSERVATION N° 24. — Rous..., quarante-cinq ans : *Consulte pour troubles des règles.*

Le 21 novembre 1952 :

- *Frottis* (n° 4.314) : Classe IV.

Le 5 décembre 1952 :

- *Colpo* : Z. de remaniement et ectopie sur la L.A.
- *Frottis* (n° 4.440) : Classes IV et III.
- *B.E.A.D.* (n° 19.468) :
« Epithélium pavimenteux avec anaplasie marquée, noyaux géants, nucléoles volumineux. Etat dysplasique très marqué sans transformation néoplasique. *A surveiller.* »

Le 13 février 1953 :

- *Colpo* : normale.
- *Frottis* (n° 4.968) : Classe II.

OBSERVATION N° 25. — Roye..., quarante-quatre ans : *Consulte pour douleurs pelviennes.*

Le 18 juin 1951 :

- *Colpo* : Z.I.N.C.N. entre 12 h et 6 h.

— *Frottis* (n° 1.234) : Classe II.

— *B.S.* (n° 17.671) :

« Epithélium malpighien irrégulier. Disparition brutale du glycogène. Noyaux irréguliers. »

« *A surveiller.* »

Le 30 octobre 1951 :

— *B.E.* (n° 18.016) :

« Zone de leucoplasie. »

Le 16 décembre 1952 :

— *Colpo* : zone de remaniement.

— *Frottis* (n° 4.587) : Classe II.

— *B.E.A.D.* (n° 19.521) :

« Zone de leucoplasie. »

Le 17 mars 1953 :

— *Colpo* : normale.

— *Frottis* : Classe II.

OBSERVATION N° 26. — Somm... Odette, trente ans : *Consulte pour troubles des règles.*

Le 11 octobre 1950 :

— *Frottis* (n° 46) : Classe III.

Le 18 octobre 1950 :

— *Colpo* : ectopie de la L.A. surmontée d'une Z.I.N.C.N. avec, dedans, deux plages de mosaïque.

— *Frottis* (n° 66) : Classe V, à refaire.

— *B. à la curette* (n° 16.900) classée :

« Epithélioma baso-cellulaire banal. »

Le 26 octobre 1950 :

— *Frottis* (n° 101) : Classe V.

— *B.E.A.D.* (n° 16.949) :

« Réaction adénomateuse des glandes endocervicales. En un point très limité, la prolifération est irrégulière. Il y a une zone de disparition complète du glycogène. L'irrégularité de taille des noyaux est faible, la réaction inflammatoire minime, ce deuxième examen fait mettre en doute le diagnostic d'épithélioma. La coloration au

muci-carmin démontre la présence de cellules cylindriques mucicarminophiles formant de petits anneaux dispersés dans l'épithélium pavimenteux. Un tel aspect est tout à fait inhabituel dans l'épithélioma baso-cellulaire. Il s'agit, en définitive, d'une *lésion à surveiller*. »

Le 5 novembre 1951 :

- *Colpo* : minime ectopie.
Schiller normal.
- *Frottis* (n° 1.849) : Classe I.

Le 27 avril 1952 :

- *Colpo* : 2 petites Z.I.N.C.N. sur la L.A. et la L.P.
- *Frottis* (n° 2.979) : Classe I.
- *Biopsie* (n° 18.805) :
« A surveiller. »

OBSERVATION N° 27. — Theb..., vingt-sept ans : *Consulte pour pertes de sang entre les règles et douleurs dans la fosse iliaque droite.*

Le 5 juillet 1951 :

- *Colpo* : base à 12 h et Z.I.N.C.N. à 6 h.
- *Frottis* (n° 1.364) : Classe II.
- *B.S.* (n° 17.733) :
« Zone basophile avec disparition brusque du glycogène. Basale un peu irrégulière. *Lésion à surveiller.* »

Le 19 juillet 1951 :

- *Frottis* (n° 1.426) : Classe I.
- *B.E.A.D.* (n° 17.781) de la Z.I.N.C.N. de la L.P. :
« Confirme le diagnostic de la biopsie du 5 juillet 1951. »

Le 13 novembre 1951 :

- *Frottis* (n° 1.462) : Classe I.
- *B.S.E.* de la Z.I.N.C.N. de la L.A. :
« Glycogène irrégulier. Basale irrégulière. Etat dysplasique sans transformation. »

Le 30 avril 1952 :

- *Colpo* : Schiller un peu irrégulier.
- *Frottis* (n° 2.773) : Classe II.



OBS. N° 25 : Roye... 30-10-51
16-12-52

(n° 18.016)
(n° 19.521)

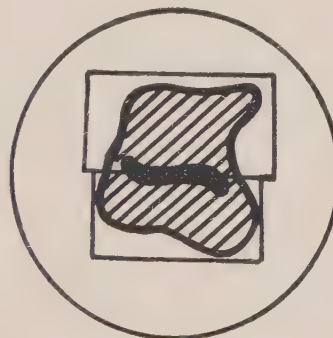


OBS. N° 26 : Somm... 26-10-50

(n° 16.949)



OBS. N° 27 : Theb... 19-7-51 (BEA) (n° 17.782)
13-11-51 (BEP)



OBS. N° 28 : Verm... 16-1-51

(n° 17.292)

Le 19 janvier 1954 :

- *Colpo* : aspect de colpité.
- *Frottis* : présence de polynucléaires et de trichomonas.

OBSERVATION N° 28. — Verm... Louise, quarante-quatre ans : *Consulte pour pertes rouges depuis trois ans, provoquées, entre les règles.*

Le 2 février 1951 :

- *Colpo* : L.A. = Z.N.C.N., tantôt leucoplasique, tantôt mosaïque
L.P. = 2 Z.I.N.C.F.
C.D. = Z.I.N.C.N.
- B.S. (n° 17.250) :
 - « 12 h : leucoplasie banale.
 - « 8 h : épithélium normal, mais n'ayant pas de glycogène.
 - « 6 h : début de transformation maligne possible. »

Le 16 février 1951 :

- *Frottis* (n° 571) : Classe I.
- B.E.A.D. (n° 17.292) :
 - « *Dystrophie à surveiller.* »

Le 4 décembre 1952 :

- *Colpo* : Z.I.N.C.N. entre 4 h et 5 h.
- *Frottis* (n° 4.433) : Classe II.
- B.L. (Douay) (n° 19.465) :
 - « Etat dysplasique à surveiller. »



OBSERVATION N° 29. — Desp..., vingt-huit ans : *Consulte pour douleurs pelviennes, leucorrhée, dysménorrhée et asthénie.*

Le 17 juillet 1951 :

- *Colpo* : à 11 h, aspect de base et de leucoplasie; à 4 h et 5 h, mosaïque, l'ensemble est I.N.C.N.
- *Biopsie* (n° 17.742) :
 - « 11 h : diminution du glycogène; 5 h : basale irrégulière. Glycogène disparu. »

Le 27 juillet 1951 :

- *Colpo* : *idem* + Z.I.N.C.N. à 1 h.
- *Frottis* (n° 1.471) : Classe II.
- *B.E.A.D. mosaïque* (n° 17.809) :
« Basale très irrégulière avec transformation métaplasique intéressant les collets glandulaires, pénétrant très profondément dans les tubes. Réaction inflammatoire intense. »

Le 4 septembre 1953 :

- *Colpo* : petite Z.I.N.C.N. à 11 h.
- *Frottis* (n° 5.432) : Classe II.
- *B.S.* :
« Etat dysplasique de la couche superficielle. Disparition du glycogène. Quelques cellules à granulations basophiles. »

OBSERVATION N° 30. — Kuts... Lovisa, trente-huit ans : *Consulte pour Leucorrhée.*

Le 16 juin 1950 :

- *Biopsie E.* (n° 16.686) sur ectropion saignant :
« Zones extrêmement suspectes de transformations : basophilie de l'épithélium, transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux. Classée *suspecte*. »

Le 27 octobre 1950 :

- *Frottis* (n° 104) : Classe III.

Le 3 novembre 1950 :

- *Colposcopie* : normale.
- *Frottis* (n° 200) : Classe I.
- *B.E.C.* (Douay) (n° 17.046) :
« Glandes endocervicales normales. »

Le 12 janvier 1951 :

- *B.S.* au rabot (n° 17.583) :
« Lésion à surveiller. »

Le 25 octobre 1951 :

- *Colpo* : lugol moucheté.
- *Frottis* (n° 1.754) : Classe II.

Le 7 novembre 1951 :

- *Colpo* : normale.
- *Frottis* (n° 1.864) : Classe II.

Le 10 février 1952 :

Vaginite à trichomonas.

Le 4 mars 1952 :

- *Colpo* : aspect de colpite.
Vaginite persistante avec pertes fétides.
- *Frottis* (n° 2.565) : Classe II, cellules fibreuses et cellules épidermoïdes à noyaux chromatiques volumineux. *Dysplasie suspecte.*

OBSERVATION N° 31. — Pico..., trente-neuf ans : *Consulte pour ménorragies et pertes rosées peu abondantes entre les règles.*

Le 28 mars 1952 :

- *Colpo* : Z.I.F.C.N. sur la L.A. en demi-cercle. Z.I.N.C.N. sur la L.P., en papillon.
- *Frottis* (n° 2.764) : Classe II.
- *B.S.* (n° 18.604) :
« Charge en glycogène irrégulière à 5 h et 9h. A 11 h : épithélium un peu basophile. »

Le 3 octobre 1952 :

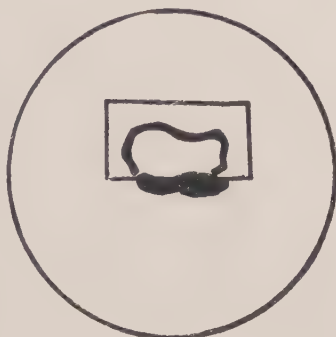
- *Colpo* : zone de régénération péri-orificielle. Toute la zone reste blanchâtre. A 11 h, 2 h et 8 h : aspect de mosaïque.
Lugol : Z.I.N.C.N.
- *Frottis* (n° 2.880) : Classe II.
- *B.S.* (n° 19.268) :
« 2 h : épithélium pavimenteux dont la couche C1 est en prolifération assez active. Charge en glycogène irrégulière.
« 8 h : charge en glycogène irrégulière.
« 11 h : couche C1 irrégulière et glycogène disparu. Etat dysplasique. »

Le 24 avril 1953 :

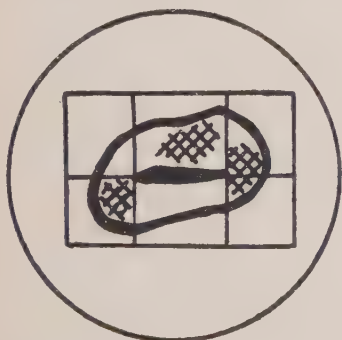
- *Colpo* : *idem.*



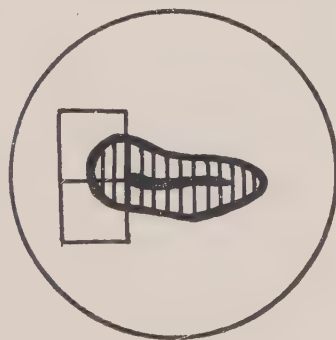
OBS. N° 29 : Desp..., 27-7-51 (n° 17.809)



OBS. N° 30 : Kuts..., 12-1-51 (n° 17.583)



OBS. N° 31 : Pico..., 24-4-53 (n° 19.810)



OBS. N° 32 : Tato..., 21-7-52 (n° 19.084)

— *Frottis* (n° 5.356) : Classe I.

— *B.E.A.D.* (n° 19.810) :

« Bourgeonnement de l'épithélium vers la partie profonde du conjonctif. L'intensité de bourgeonnement peut faire suspecter une transformation néoplasique. Etirement nucléaire sous l'effet du B.E. Le bourgeonnement en profondeur est nettement plus intense que dans les biopsies précédentes. »

Le 12 juin 1954 :

— *Colpo* : 2 minuscules Z.I.F. à 7 h sans particularité.

— *Frottis* : non suspects.

OBSERVATION N° 32. — Tato... Oodette, trente ans : *Consulte pour métrorragies.*

Le 16 juin 1952 :

— *Colpo* : zone blanchâtre sur la L.A.

— *Frottis* (n° 3.324) : Classe I.

Le 7 juillet 1952 :

— *Colpo* : ectopie, saignant au contact, macropapillaire à la C.D.

— *B.S.* (n° 19.016) :

« Aspect d'épithélioma intra-épithélial. La réaction inflammatoire est assez forte. Les mitoses normales sont très rares. Disparition du glycogène. A surveiller après biopsie-exérèse. »

Le 21 juillet 1952 :

— *Evidemment conoïde du col* entre 6 h et 9 h. Ectopie macropapillaire.

— *Frottis* (n°s 3.656 à 3.658) : Classe IV.

— *Biopsie* :

« Prolifération épithéliale assez marquée de l'épithélium pavimenteux. Charge en glycogène relativement normale. »

Le 10 décembre 1952 :

— *Colpo* : aspect de colpité.

— *Frottis* (n° 4.512) : Classe I.

Le 24 mars 1952 :

— *Colposcopie* : Schiller un peu irrégulier.

*
**

OBSERVATION N° 33. — Bais..., quarante-deux ans : *Consulte pour céphalées au moment des règles.*

Le 15 juin 1951 :

- *Colpo* : 1° à 11 h : zone congestive (ectopie) ; 2° L.P. : zone érosive.
- *Schiller* : Z.I.N.C.N. par endroits seulement.
- *Frottis* (n° 1.212) : Classe V.
- *B.S.* (n° 17.662) :
« Épithélium très basophile, avec noyaux monstrueux très irréguliers. Perte de l'organisation épithéliale. Mitoses nombreuses et pluripolaires. Glycogène disparu. *Epithélioma in situ probable.* »

Le 30 juin 1951 :

- *Colpo* : *idem.*
- *B.E.A.D.* (n° 17.720) : sur un fragment d'épithélium malpighien lésé par le B.E., on ne peut étudier la structure nucléaire. Glycogène conservé. Pas de signes de métaplasie ».

Le 5 décembre 1951 :

- *Colpo* : zone I.N.C.N. saignant au contact.
- *Frottis* (n° 2.877) : Classe II.
- *B.S.* (n° 18.179) :
« 6 h : épithélium pavimenteux avec charge en glycogène relativement normale.
« 5 h : épithélium d'aspect relativement normal. Charge en glycogène abondante. »
Depuis, la malade ne se présente plus aux convocations de contrôle de la clinique.

OBSERVATION N° 34. — Cret... Edouarine, quarante-trois ans actuellement :

Consulte pour la première fois en 1949 pour petites métrorragies, survenues à la suite des règles.

Revue en 1951 pour règles toujours abondantes, survenant tous les vingt jours. De plus, annexes perçues et douloureuses.

Le 16 avril 1951 :

- *Examen* : glaire peu abondante, peu filante : pas de polynucléaires.
Le col saigne facilement.
- *Schiller* : zone blanche.
- *Frottis* (n° 875) : négatifs.

Le 30 avril 1951 :

- *Colpo* : Z.I.N.C.N. de la L.A. avec mosaïque à 12 h.
- *Biopsie à la pince* (n° 17.489) :
« Epithélium pavimenteux avec prolifération assez active. Zone de disparition complète du glycogène, mais il n'y a pas de métaplasie nette. La biopsie avait la forme d'un ellipsoïde. »

Le 12 mai 1951 :

- *Colpo* : *idem*.
- *Frottis* (n° 980) : *Classe V*.
- *B.E.A.D.* (n° 17.539) :
« *Epithélioma baso-cellulaire*, mais la pénétration de l'épithélioma semble s'être faite dans les glandes cylindriques. »

Le 5 novembre 1951 :

- *Examen* : perd, depuis deux mois, un peu de sang avant les règles.
- *Colpo-et Schiller* : normaux.
- *Frottis* (n° 1.850) : *Classe I*.

Le 26 avril 1952 :

- *Colpo et Schiller* : zone blanchâtre + ectopie L.A.
- *Frottis* (n° 2.925) : *Classe I*.

Le 23 mars 1954 :

- *Colpo et Schiller* : petite Z.I.N.C.N. de base à 7 h.
- *Frottis* (n° 6.968) : *Classe I*.
- *Biopsie à la pince* (n° 20.574) :
« Epithélium pavimenteux en voie de prolifération active. Noyaux irréguliers, cellules binucléées assez nombreuses. Mitoses dans les couches superficielles, mais généralement normales. Différenciation partielle des couches superficielles, ponts inter-cellulaires généralement absents. Dans certaines parties, la couche C1 est bien différenciée. Il y a un peu de glycogène dans les couches superficielles. En conclusion : état dysplasique avec très nombreuses anomalies nucléaires. Par places, on retrouve les caractères des biopsies précé-

dentes qui obligent à maintenir pour le traitement le problème du diagnostic d'épithélioma intra-épithélial. Dans la biopsie, l'un des fragments est nettement plus différencié que les autres. La malade n'a pas encore cicatrisé de façon normale. »

Le 11 juin 1954 :

- Examen : dernières règles le 1^{er} juin 1954. La malade a eu trois fois des pertes de sang avant ces dernières règles. Depuis, douleurs pelviennes et, chaque jour, pertes sanguinolentes.
- Colpo et Schiller : rien à signaler.
- Frottis : Classe V.

Le 24 juillet 1954 :

- Colpo et Schiller : normaux.
- Frottis : Classe V.

OBSERVATION N° 35. — Gris... Josette, vingt-neuf ans : *Consulte pour stérilité.*

Le 12 octobre 1950 :

- Malade présentée au Docteur PALMER pour lésion du col.
- Colpo : Z.I.N.C.N. sur la L.A. avec plage de mosaïque.
- Frottis (n° 41) : Classe IV.
- B.S. (n° 5.230) :
« Présence de quelques cellules binucléées. Diminution du glycogène. A surveiller. »
La biopsie portait sur la mosaïque.

Le 25 octobre 1950 :

- Colpo : *idem.*
- B.E.A.D. (n° 16.942) de toute la zone suspecte :
« Epithélioma au début, baso-cellulaire, mais les noyaux bourgeonnants sont très rares et peu caractéristiques. »

Le 4 novembre 1950 :

- Colpo : ulcération plate et bourgeon (cf. schéma).

Le 12 janvier 1951 :

- Examen : érosion de la L.A. ne saignant pas au contact.
- Colpo : montre au-dessus de la L.A., une zone de base, surmontée d'une bande de mosaïque voisinant avec une érosion.
- Frottis (n° 374) : Classe V.

— B.E.A.D. (n° 17.196) :

« 1° Biopsie de l'endocol : tissu fibreux très abondant, glandes normales.

« 2° Zones épithéliales limitées de structure épithéliale irrégulière. Il y a des cellules binucléées, pas de mitoses pluripolaires. Disparition complète du glycogène dans le fragment épithélial dont l'état dystrophique est très marqué. A surveiller. »

Le 2 mars 1951 :

— Colpo : Z.I.N.C.N. à midi, minime.

— Frottis (n° 648) : négatifs.

— B.S. (n° 17.339) :

« Il n'y a pas de signe de leucoplasie sur les fragments examinés, la charge en glycogène est tout à fait normale. La biopsie est-elle en bonne place ? »

Le 18 mai 1951 :

— Colpo : petite zone d'ectopie à midi, sans aucun caractère suspect. Le reste du col prend bien le lugol.

— Frottis (n° 1.005) : Classe II.

Le 10 novembre 1951 :

— Colpo : *idem*.

— Frottis (n° 1.884) : négatifs, mais à revoir.

Le 23 mars 1952 :

— Frottis (n° 2.051) : négatifs.

Le 2 mai 1952 :

— Colpo : zone rouge atypique. (La biopsie porte sur la zone de midi.)

— Frottis (n° 83 St.) : Classe II.

— B.S. à la pince de Douay (n° 18.723) :

« Fragment constitué par du tissu conjonctif ; il y a un très petit fragment d'épithélium cervical dont la charge en glycogène est faible. Le reste est constitué par des glandes endocervicales très légèrement adénomateuses. »

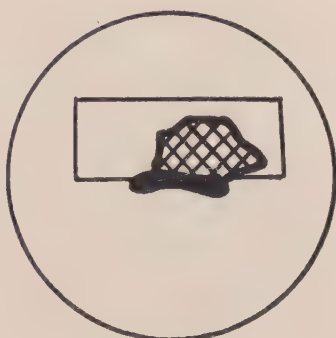
Le 17 juin 1951 :

— Biopsie d'un bourgeon sur le col (n° 5.780) :

« Endocol avec réaction inflammatoire chronique. Zone dystrophique avec noyaux un peu irréguliers. On ne peut affirmer la dégénérescence maligne. A surveiller. »



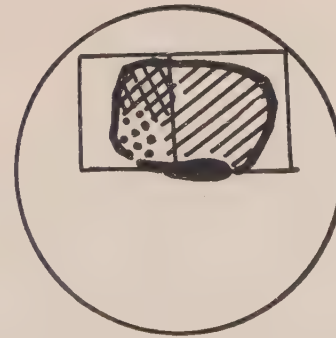
OBS. N° 33 : Bais... 30-6-51 (n° 17.720)



OBS. N° 34 : Cret... 12-5-51 (n° 17.539)



OBS. N° 35 : Gris... 25-10-50 (n° 16.942)



OBS. N° 35 : Gris... 12-1-51 (n° 17.196)

Le 12 décembre 1952 :

- *Colpo* : l'exocol ne présente rien d'anormal.
- *Frottis* (n° 9.251) : Classe II.
- *B.S. à midi* (n° 19.505) :
« Métaplasie pavimenteuse des glandes endocervicales. La prolifération est faible. Le bourgeonnement est très marqué au point de vue topographique de la répartition de l'épithélium pavimenteux dans le conjonctif. *Les lésions ressemblent à un épithélioma invasif; malgré cet aspect histologique, on peut interpréter cette coupe comme é'ant une métaplasie pavimenteuse encore bénigne. A surveiller.* »

Le 20 janvier 1954 :

- *Colpo* : normale.
- *Frottis endocervical* : présence de cellules endocervicales; pas de cellules malpighiennes.
- Malade revue par le Docteur PALMER, en novembre 1954 :
- Le test de Schiller était absolument normal.
- *Les frottis négatifs.*

OBSERVATION N° 36. — Lehe..., quarante-quatre ans : *Envoyée pour col suspect.*

Le 25 octobre 1950 :

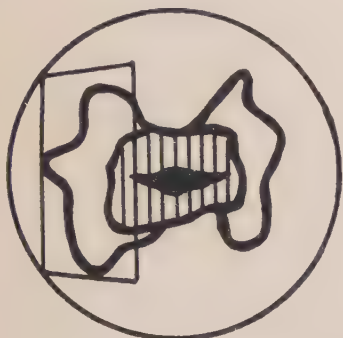
- *Colpo* : Z.I.N.C.N. péri-orificielle, anormalement congestive à la C.D.
- *Frottis* (n° 93) : Classe V.
- *B.E.A.D.* (n° 16.993) :
« Epithélium irrégulier. Disparition du glycogène. A surveiller. »

Le 13 décembre 1950 :

- *B.E.A.D.* (n° 17.142) intéressant la C.G. :
« Etat dystrophique à surveiller. »

Le 8 mai 1951 :

- *Colpo* : petite Z.I.N.C.N. sur la L.A.
- *Frottis* : Classe V.
- *B.S.* :
« Etat dystrophique à surveiller. »



OBS. N° 36 : Lehe... 26-10-50

(n° 16.993)



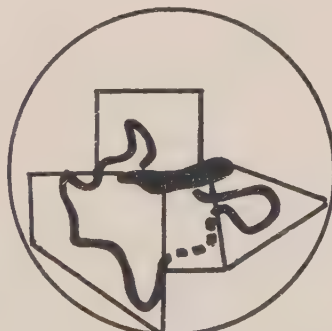
OBS. N° 36 : Lehe... 13-12-50

(n° 17.142)



OBS. N° 37 : Pers... 24-11-51

(n° 18.137)



OBS. N° 37 : Pers... 12-1-52

(n° 18.314)

— Devant la persistance des frottis Classe V (n° 1.166, du 9 juin 1951), le diagnostic d'épithélioma endocervical récidivant est envisagé et confirmé par :

- *Biopsie* le 19 juillet 1951 (n° 17.784), montrant :
« Cancer endocervical. »

En octobre 1951 :

- La malade subit une *colpo-hystérectomie*.

Le 29 septembre 1953 :

- *Colpo* : rien à signaler.
- *Frottis vaginal* : Classe I, non suspect.

Le 16 mars 1954 :

- *Colpo* : rien à signaler.
- *Frottis vaginal* : non suspect.

Le 3 novembre 1954 :

- *T.V.* : rien à signaler.
- *Frottis vaginal* : non suspect.

OBSERVATION N° 37. — Pers... G..., cinquante ans : *Envoyée pour aspect érosif de la L.A.*

Le 21 mai 1951 :

- *Colpo* : mosaïque sur L.A. et L.P.; mosaïque érosive à l'orifice cervical externe. Zone de base à 6 h.
- *Frottis* (n° 1.032) : *Classe V.*
- *B.S.* (n° 17.570) :
« 12 h : prolifération épithéliale pavimenteuse très marquée, zone métaplasique avec noyaux irréguliers et cytoplasme basophile. Glycogène disparu. »
« 6 h : ulcération cervicale avec forte réaction inflammatoire, il n'y a pas d'épithélioma net à ce niveau. »
« 7 h : épithélium cervical avec charge en glycogène diminuée. »
« En conclusion : l'épithélioma paraît localisé au premier prélèvement. »

Le 1^{er} juin 1951 :

- *Colpo* : *idem.*
- *Frottis* (n° 1.614) : *Classe V.*
- *B.E.A.D.* (n° 17.614) réalisant :

1° Evidemment conoïde du col de 10 h à 12 h (le fragment comprend 2 cm d'endocol).

2° Exérèse d'une petite Z.I.N.C.N. entre 11 h et 1 h.

« Très large biopsie constituée par deux fragments. Etat dystrophique cervical avec diminution très marquée du glycogène et, parfois, disparition complète. On ne peut pas conclure sur l'existence d'épithélioma sur les fragments examinés. »

Le 5 novembre 1951 :

— *Colpo* : Z.I.N. saignant au contact + Z.I.F.C.F.

— *Frottis* (n° 1.848) : *Classe V*.

— *B.S.* (n° 18.052) :

« Très forte réaction inflammatoire chronique. Epithélium de structure irrégulière en voie de prolifération active. Les mitoses conservent une structure d'apparence normale. L'atypie porte surtout sur la structure des couches C3 et C4, qui ne présentent pas de noyaux bourgeonnants. Le glycogène est disparu par place et conservé sur d'autres. L'aspect histologique est comparable à la première biopsie. »

Le 24 novembre 1951 :

— *Colpo* : L.A. : Z. de base I.N.C.N. L.P. : Z. de régénération atypique à C.N. congestive.

— *Frottis* : non faits.

— *B.E.* (n° 18.137) :

« A 7 h : très forte réaction inflammatoire (biopsie recoupée). L'épithélium pavimenteux est hypoplasique. Il a légèrement pris le glycogène. »

« A 11 h : très grosses irrégularités nucléaires, les mitoses restant rares, ou même absentes. La charge en glycogène a disparu. Il y a une très forte infiltration lymphoplasmocytaire à cet épithélium pathologique. Etat dysplasique en voie de transformation néoplasique. Pénétration de l'épithélium pavimenteux dans les glandes endocervicales. La structure nucléaire est très irrégulière dans certaines zones où il y a pénétration de l'épithélium pavimenteux dans les glandes endocervicales. Les mitoses sont nombreuses et paraissent irrégulières. Epithélioma intra-épithélial. En un point très localisé, la lésion est conforme à la définition de l'épithélioma intra de 1951. »

Le 5 décembre 1951 :

— *Frottis* (n° 2.137) : Classe II.

Le 12 janvier 1952 :

— *Colpo* : petite Z.I.N.C.N. à 5 h et 7 h.

— *Frottis* (n° 2.256) : Classe V.

— *B.E.* :

« A 5 h : épithélium malpighien hypoplasique poussant des digitations dans le chorion, mais l'architecture cellulaire et l'ordination sont respectées. Il n'y a pas de mitoses anormales, pas de glycogène dans les digitations. »

« A 7 h : muqueuse malpighienne presque partout normale. En un point cependant, diminution du glycogène. »

Le 1^{er} mars 1952 :

— *Frottis* (n° 2.595) : Classe IV.

Le 28 avril 1952 :

— *Colpo* : colpite folliculeuse. Aucun léopard au Schiller. Aucune zone suspecte.

— *Frottis* (n° 2.945) : Classes II et III.

— *Curetage de l'endocol* (n° 18.649) :

« Très forte réaction inflammatoire chronique. La charge en glycogène est diminuée ou même disparue. Par place, elle est abondante. Il n'y a pas d'épithélioma *in situ*. »

Le 28 mai 1952 :

— *Colpo* : rien à signaler.

— *Frottis* (n° 3.202) : Classe I.

Le 7 juillet 1952 :

— *Colpo* : rien à signaler.

— *Frottis* (n° 3.578) : Classe I.

Le 12 décembre 1953 :

— *Colpo* : rien à signaler.

— *Frottis* (n° 6.385) : Classe II.

CHAPITRE V

Valeur diagnostique de la B. E. A. D.

Valeur des biopsies obtenues avec les appareils à éclateurs et à lampes, au point de vue possibilités de lecture des coupes :

I. — APPAREIL A ECLATEURS + ANSE DE DUREL

OBSERVATIONS	DATE DE LA B.E.	N° DE B.E.	RESULTAT « DIAGNOSTIC »
Bais...	30-6-51	17.720	Noyaux étirés, structure non étudiable <i>Illisible</i>
Barr...	16-2-51	17.188	<i>Lisible en partie</i>
Coll...	25-10-50	16.941	Coagulée <i>Illisible</i>
Cont...	26-1-52 23-2-52	18.444	<i>Lisible en partie</i>
Cigo...	5-5-51	17.505	<i>Illisible</i>
Cous...	27-7-51	17.810	<i>Lisible</i>
Coss...	3-2-51	18.072	<i>Lisible</i>
Cret...	12-5-51	17.539	Coupe très altérée, mais diagnostic possible sur les fragments loin de la coupe <i>Lisible</i>
Desp...	27-7-51	17.809	Abîmée en profondeur, dans l'ensemble reste <i>Lisible</i>
Dong...	11-5-53	19.847	Absolument <i>Lisible</i>

I. — APPAREILS A ECLATEURS (*suite*)

OBSERVATIONS	DATE DE LA B.E.	N° DE B.E.	RESULTATS « DIAGNOSTIC »
Doud...	2-11-51	17.949	Très abîmée : un gros fragment : <i>Illisible</i> Un petit : <i>Lisible</i>
Fago...	17-12-52	19.524	Noyaux étirés, surtout dans la couche basale : <i>Illisible</i>
Figa...	26-10-50	16.946	<i>Illisible</i>
Fodu...	16-12-50	17.143	<i>Illisible</i>
	16-2-51	5.346	<i>Illisible</i>
Gave...	16-10-50	16.947	Etirement nucléaire par endroits <i>Lisible</i>
Gris...	25-10-50	16.942	Déformées par place
	12-1-51	17.196	<i>Lisibles</i>
Hare...	30-12-52	5.935	<i>Illisible</i>
Hube...	12-5-51	17.540	Coupe brûlée, type de biopsie ratée <i>Illisible</i>
Huss...	25-4-51	17.477	Etirement nucléaire de l'épithélium cylindrique. Epithélioma pavimenteux très <i>lisible</i> même à la coupure
Kuts...	16-2-51	17.288	<i>Lisible</i>
Lach...	7-11-51	18.047	<i>Illisible</i>
Lefl...	5-6-51	17.503	<i>Illisible</i> en profondeur <i>Lisible</i> en couches superficielles
Lehe...	25-10-50	16.943	<i>Illisible</i>
	13-12-50	17.142	<i>Lisible</i> (mitoses anormales)
Marc...	26-10-50	16.948	<i>Illisible</i>
Minn...	8-5-51	17.506	Coupe coagulée <i>Illisible</i>
Mour...	8-12-52	19.480	Noyaux abîmés dans la cylindrique. Reste encore <i>Lisible</i>
Muni...	7-12-50	17.098	<i>Illisible</i>
Pell...	1 ^{er} -6-51	17.625	<i>Illisible</i>
Pers...	1 ^{er} -6-51	17.614	<i>Illisible</i>
	24-11-51	18.137	
Pico...	24-4-53	19.810	Demeure <i>Lisible</i> par endroits

OBSERVATIONS	DATE DE LA B.E.	N° DE B.E.	RESULTATS « DIAGNOSTIC »
Rous...	5-12-52	19.468	<i>Lisible</i>
Roye...	24-10-51	18.016	Abîmée par endroits Limites nettes entre le normal et le pathologique <i>Lisible</i>
Tato...	7-7-52	19.084	Un fragment <i>Illisible</i> Un fragment <i>Lisible</i>
Theb...	19-7-51	17.781	Epithélium normal très abîmé Epithélium pathologique très <i>Lisible</i> Type de bonne B.E.
Somm...	26-10-50	16.949	Pratiquement pas abîmée. Coupe bien : <i>Lisible</i>
Werm...	16-2-51	17.282	<i>Lisible</i>

II. — B.E. REALISEES AVEC APPAREIL DE GUERIN A LAMPES + ANSE DE DUREL

OBSERVATIONS	DATE DE LA B.E.	N° DE B.E.	RESULTAT « DIAGNOSTIC »
Garr...	19-3-54	20.557	Cinq fragments : un seul est <i>Lisible</i>
Ramo...	29-3-54	20.594	Presque pas d'épithélium. Bien <i>Li-</i> <i>sible</i> dans les endroits où il y en a
Coll...	30-3-54	20.601	Très très bon résultat. <i>Lisible</i> comme si un prélèvement était effectué à la pince
Cari...		20.680	En un point, épithélium très bien conservé ; ailleurs, noyaux défor- més dans les régions basales. Li- mite nette très visible entre épithé- lium normal et pathologique. Leucoplasie à surveiller bien. <i>Lisible.</i>
Coca...	8-6-54	20.960	Quatre fragments, un coagulé. Celui qui comporte le plus d'épithélium est intact. Très nettement <i>Lisible</i> . Sur deux fragments, épithélium cylindrique abîmé au trait de cou- pure, mais épithélium pavimenteux très <i>Lisible</i>

OBSERVATIONS	DATE DE LA B.E.	N° DE B.E.	RESULTATS « DIAGNOSTIC »
Carr...	19-10-54	20.987	Noyaux étirés, demeure <i>Lisible</i> , mais tout juste
Louv...	30-10-54 Intensité 45 dans la zone pathologique Intensité 50 ailleurs	21.028	Fragments 45 : épithélium pavimenteux de surface est intact sauf aux extrémités ; dans les couches profondes, léger étirement nucléaire <i>Lisible</i> . Les autres fragments ne comportent que du tissu cylindrique à noyaux étirés
Aubo...	13-11-54	21.065	Epithélium cylindrique et pavimenteux assez bien conservés. Bien <i>Lisible</i>
Ste...	15-11-54	21.066	Dysplasie à surveiller. Plusieurs fragments avec épithélium cylindrique assez altéré, mais épithélium pavimenteux très <i>Lisible</i> absolument intact sur tous les fragments d'épithélium pavimenteux. Bien conservé.
Gual...	19-11-54	21.087	Les épithéliums sont bien conservés Très <i>Lisible</i> .

CHAPITRE VI

Valeur thérapeutique de la B.E.A.D.

Les résultats sont exprimés par :

- *Bons* : dans les cas où le col est re-normalisé sur l'emplacement de la B.E.A.D.
- *Passables* : dans les cas où il demeure une lésion cervicale, mais moins importante que celle détruite par la B.E.A.D.
- *Mauvais* : dans les cas où la B.E.A.D. n'a pas atteint son but.

OBSERVATIONS	LÉSIONS NON CANCÉREUSES			CANCER IN SITU	RECIDIVE	RESULTATS	
	bénignes	à surveiller	suspectes			thérapeutique	obstétrical
Bais... (30-6-51)				+	Impossible à déterminer	Bon 5-12-51	
Barr...			+			Passable	
Cigo... (5-5-51)	+						
Coll... (26-10-50)			+		Très partielle 2 ^e B.E. (30-3-54)	Bon 21-3-54	
Cont... (26-1-52)	+					30-3-54 Passable	
Coss... (3-2-51)			+			Bon 8-11-52	
Cret... (2-5-51)				+	Récidive en 1954	Bon 24-11-54	
Cous... (27-7-51)			+			Mauvais Frottis cl. V	
Desp... (27-7-51)						Bon 20-11-52	
						Bon 4-9-54	12-2-52 Grossesse de 6 sem. Accouch. normal
Dong... (11-5-53)			+			Bon 29-3-54	
Doud... (2-11-51)			+			Bon 23-1-54	
Fago... (17-12-52)			+			Bon 26-3-54	
Figa... (26-10-50)			+			Bon 6-10-53	21-3-52 Grossesse Accouch. normal
Fodu... (16-12-50) (16-2-51)			+		Très partielle 3 ^e B.E. (30-4-51)	Bon 17-11-51	
Garr... (22-1-54) (19-3-54)			+			Bon 27-3-54	
Gave... (26-10-50)			+				

Hube...	(12-5-51)		+			Bon	18-1-54
Huss...	(25-4-51)	+				Bon	2-5-52
Kuts...	(16-6-50)			+		Non déterminé 4-3-52 frottis cl. III	
Lach...	(7-11-51)		+			Bon	13-4-53
Lef...	(5-11-51)		+			Bon	8-12-52
Lehe...	(25-10-50) (13-12-50)				+	Mauvais Hystérectomie en 1951	
Marc...	(26-10-50)		+			Bon	21-2-54
Minn...	(8-5-51)		+			Bon	20-1-54
Mour...	(8-12-52)		+			Bon	23-11-54
Muni...	(7-12-50)		+			Bon	26-4-52
Pell...	(12-1-52)		+			Bon	12-12-53
Pers...	(12-1-52)					Bon	27-5-54
Pico...	(24-4-53)			++		Bon	13-2-53
Rous...	(15-12-52)		+			Passable	17-7-53
Roye...	(24-10-51)		+			Bon	5-12-52
Somm...	(26-10-50)		+			Schiller Electro.	
Tatu...	(7-7-52)					Bon	24-3-53
Theb...	(19-7-51)		+		+	Bon	19-1-54
Verm...			+			Bon	

Les faits qui ressortent de cette étude montrent :

1° L'obligation de tout mettre en œuvre pour le dépistage des lésions suspectes du col utérin, quel que soit le motif de consultation de la malade, alarmant comme une métrorragie, ou banal comme une stérilité, une céphalée pré-menstruelle, une douleur diffuse abdominale, ainsi que nous avons pu le constater dans les observations rapportées.

2° Qu'il est nécessaire, lorsqu'on utilise un appareil à éclateurs pour réaliser la biopsie-exérèse, de faire avant, pour la sûreté du diagnostic, des biopsies superficielles localisées, à la pince; en effet, sur les 39 coupes de biopsies obtenues avec cet appareil :

- 17 étaient illisibles;
- 14 très partiellement lisibles;
- et 8 seulement permettaient de porter un diagnostic pour l'ensemble des fragments de la B.E.

3° Qu'il semble utile, avec l'appareil à lampes, de faire quand même des prélèvements à la pince aux points jugés les plus intéressants, pour étudier la structure chromosomique de façon certaine. Rappelons que sur 10 coupes de biopsies réalisées avec l'appareil à lampes :

- 8 seulement se montraient très lisibles;
- une partiellement lisible;
- et qu'une était vraiment à la limite de l'interprétation.

Bien que l'appareil à lampes soit, pour la réalisation des biopsies, très supérieur à celui à éclateurs, il peut se produire encore des modifications nucléaires sous l'effet du courant électrique, à type d'étirement, qui rendent le diagnostic plus difficile, et une biopsie superficielle bien localisée est alors d'une aide considérable.

4° Les résultats thérapeutiques obtenus, grâce à la B.E.A.D. dans les lésions « bénignes », « à surveiller » et même « suspectes » sont très satisfaisants.

En effet :

a) *Les 3 dystrophies bénignes* ont été définitivement guéries.

b) *Sur 25 lésions à surveiller :*

— 6 suivies moins d'un an avaient de bons résultats, dont une après 2 B.E.

— sur 18 suivies plus d'un an, 14 peuvent être considérées comme guéries, en effet :

— 13 ont été guéries définitivement

1 conserve 2 minuscules Z.I.N.C.F. avec frottis classe II

1 présente un Schiller large, pâle, irrégulier.

— 3 présentent encore des Z.I.N.C.N. petites, mais à surveiller, et l'une d'elles vient de subir une deuxième B.E.A.D.

c) *Sur 4 dysplasies suspectes :*

— 3 peuvent être considérées comme guéries; l'une d'elles (Desp...) présente une petite lésion à surveiller, mais cette lésion ne se situe pas sur l'emplacement de la première B.E.A.D. Une seule conserve un Schiller anormal et est considérée comme suspecte par les frottis classe III (Kuts...).

5° Par contre, les résultats thérapeutiques, dans les cas de cancer *in situ*, sont moins satisfaisants. En effet, sur 5 cas :

— 1 est éliminé car la malade ne répond pas aux convocations de contrôle (Bais...);

— 1 a dû subir une hystérectomie élargie pour récurrence intra-cervicale décelée par les frottis (Lehe...);

— 1 fait une récurrence décelée par les frottis et les biopsies, après deux ans de silence;

— 2 seulement semblent guéries définitivement dont une après 2 B.E.A.D. (Gris...) et l'autre après 3 B.E.A.D. (Pers...).

La biopsie-exérèse apparaît donc comme un procédé d'exception pour le traitement du cancer intra-épithélial. Il s'adressera seulement à la femme jeune, désireuse d'avoir des enfants,

dûment avertie et soumise à des contrôles fréquents et rigoureux. Dans tous les autres cas, l'évidement conoïde du col s'impose et si la coupe sériée de ce col montre un envahissement, même minime du conjonctif, il faudra recourir à l'hystérectomie élargie.

6° L'avenir obstétrical des femmes ayant subi une ou plusieurs biopsies-exérèses à l'anse peut être considéré comme bon. La glaire cervicale n'est pas supprimée et la fécondation demeure possible. Dans les observations que nous avons citées, 3 indiquent des grossesses et des accouchements normaux.

7° Il est enfin absolument nécessaire de suivre les femmes ayant subi des biopsies-exérèses à l'anse, pendant une période variable avec la lésion pour laquelle elles ont été traitées et, lors des contrôles, de refaire systématiquement toute la gamme des examens : colposcopie, Schiller, frottis, et peut-être même, des biopsies superficielles à la pince portant sur la zone de régénération, de façon à vérifier que le nouvel épithélium est bien absolument normal.

Conclusions

I. — Si l'on veut réellement aider au dépistage des cancers au début et des lésions pré-cancéreuses du col, il faut obtenir que tout médecin profite de chaque consultation, quel qu'en soit le motif, pour pratiquer un examen du col au spéculum et un test de Schiller.

II. — Si le test de Schiller montre une zone iode négative à contours nets, il faudra, suivant les cas, recourir à la colposcopie, au frottis ou à la biopsie, ou mieux encore, à leur association, pour préciser la nature bénigne, à surveiller, suspecte ou maligne de la zone anormale.

III. — Toutefois, une biopsie localisée ne donne une certitude histologique que sur le point précis où elle a porté. En cas de zone anormale étendue, il faut donc soit multiplier les prélèvements, soit faire un prélèvement en masse (évidemment conoïde ou biopsie-exérèse) suivi d'étude de coupes sériées de la lésion, si on a une raison sérieuse de la considérer comme suspecte (aspect de la biopsie localisée ou résultat des frottis).

IV. — Pour le traitement des lésions dites « à surveiller » ou « suspectes », la biopsie-exérèse paraît supérieure à l'électrocoagulation parce que :

- 1° on sait exactement jusqu'à quelle profondeur on est allé;
- 2° on peut faire vérifier histologiquement l'invasion éventuelle.

V. — Pour ce deuxième point, toutefois, les biopsies-exérèses avec appareil à éclateurs donnent des préparations difficilement lisibles, l'appareil à lampes est très préférable.

VI. — La cicatrisation des biopsies-exérèses se fait généralement en six semaines environ et donne habituellement un col d'apparence normal, Schiller normal, et l'avenir obstétrical de ces cols est normal.

VII. — Une surveillance périodique, tous les six mois, pendant quatre ans, paraît désirable après la biopsie-exérèse des lésions « suspectes ».

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
FUNCK-BRENTANO

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

Bibliographie

- AYRE (J.E.). — Cytologie et histologie, deux méthodes complémentaires pour le diagnostic du cancer utérin. (*La Presse Médicale*, 1950, t. 50, p. 1.144.)
- FILHOULAUD. — Le diagnostic précoce des cancers et états pré-cancéreux du col utérin. (*Thèse*, Paris, Arnette édit., 1938.)
- FORGUE. — Pour le diagnostic accéléré du cancer du col utérin. (*Progrès Médical*, 15 juin 1935.)
- FUNCK-BRENTANO (P.), MORICARD (R.) et BAIOCCHI (O.). — Intérêt de la disparition du glycogène dans le diagnostic histo-chimique des épithéliomas *in situ* exocervicaux. (*Anais Brasial de Cin.*, 1951, t. 32, n° 1.)
- FUNCK-BRENTANO (P.), MORICARD (R.) et ROBERT (H.). — Des modifications de l'endocol après implantation œstrogène chez la femme ménopausée. Problème du diagnostic différentiel des métaplasies des glandes endocervicales. (*Bull. de la Féd. des Soc. de Gyn. et Obst.*, 1951, t. 3, p. 38.)
- FUNCK-BRENTANO (P.) et MORICARD (R.). — Métaplasie pavimenteuse bénigne complète des glandes endocervicales et problème du diagnostic différentiel avec l'épithélioma pavimenteux invasif du col. (*Gyn. et Obst.*, 1952, en cours de publication.)
- GLATTHAAR (E.). — Aufgabe u. Leistungsfähigkeit der Kolposkopie. (*Schw. Med. Woch.*, 1946, p. 1.201.)
- Studien ueber die Morphogenese des Plattenepithelkarzinoms der Portio. 1 vol. (Bâle, Karger édit., 1950.)

- HINSELMANN (H.). — Ueber die Methodik der Diagnose der Portioleukoplakien. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1927, p. 3.162.)
- Einführung in die Kolposkopie. 1 vol. (Hambourg, Hartung édit., 1933.) Trad. franç. de WAEGELI : Introduction à la colposcopie. 1 vol. (Genève, Kundig édit., 1938.)
- METSWERDT (M.). — Atlas der Kolposkopie. 1 vol. (Iéna, Fischer édit., 1949.)
- MOCQUOT et PALMER (R.). — Le test de Schiller. (*Paris Méd.*, 1940, pp. 332.)
- Le diagnostic précoce du cancer du canal cervical de l'utérus. (*Soc. Franç de Gyn.*, 1942; in : *Questions Gynécologiques d'Actualité*, t. 3, fasc. I, p. 1, Expansion Scientifique Française édit., Paris, 1943.)
- MORICARD (R.). — Cancer polypoïde du col de l'utérus. (*Gyn. et Obst.*, 1947, t. 46, p. 232.)
- Diagnostic différentiel des états dystrophiques des épithéliomas pavimenteux cervicaux. Etude du glycogène. Incertitude des frottis. Etude de 1.113 cas. (*Gyn. et Obst.*, 1952, t. 51, p. 1.)
- PALMER (R.). — Le test de Schiller après la ménopause. (*Soc. Gyn. et Obst.* Paris, 1937; — *Bull. Gyn. et Obst.*, p. 45.)
- Les étapes du diagnostic et du traitement des précancers et des cancers débutants du museau de tanche. (*Revue Française de Gyn.*, 1947, p. 85.)
- RIAZI (H.). — Intérêt pratique du test de Schiller. (*Thèse*, Paris, Arnette édit., 1936.)
- SAND (M.). — Utilisation systématique du test de Schiller (*Thèse*, Paris, 1951, dactyl.)
- SCHILLER (W.). — Zur Klinischen Frühdiagnose des Portiokarzinoms. (*Zentr. für Gyn.*, 1928, p. 1.886.)
- Iodpinselung u. Aushabung des Portiopoethels. (*Ibid.*, 1929, p. 1.056.)
- WAEGELI (C.). — La colposcopie. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Gynécologie*, 1948, 64 B.)

